

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT
PROGRAMMES EN DROIT ET POLITIQUES DE LA SANTÉ**

**LA DIVULGATION DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES : LORSQUE
TOUT NE SE DÉROULE PAS COMME PRÉVU**

**PAR
MARTIN D'AMOUR**

**ESSAI SOUMIS À LA FACULTÉ DE DROIT EN VUE DE L'OBTENTION
DU GRADE DE « MAÎTRE EN DROIT »**

JUILLET 2006

© Martin D'Amour (2006)

RÉSUMÉ

Le présent essai traite des modifications législatives, adoptées en 2002, à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sur la prestation sécuritaire des soins de santé. Le principal sujet de l'essai porte sur le nouveau droit des usagers d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu lors de la prestation de soins de santé.

La divulgation des accidents thérapeutiques était, avant l'instauration des modifications législatives, déjà une obligation pour les professionnels de la santé, mais dont la pratique était plus ou moins répandue selon le milieu, les circonstances et les conséquences de l'accident. Dorénavant, cette obligation est explicitement dictée par la loi et par la déontologie.

Ceci constitue un changement de culture pour les professionnels de la santé et les établissements de santé et de services sociaux. Le principal objectif de ce changement de culture est d'instaurer plus de transparence qu'auparavant et éviter que les victimes d'accidents thérapeutiques soient abandonnées par leurs professionnels, surtout lorsque tout ne se déroule pas comme prévu.

REMERCIEMENTS

Faire passer un ouvrage de l'état de manuscrit à l'état final d'imprimé est souvent, on le sait, un travail ardu, surtout si nous voulons que ce travail puisse être utile à la communauté juridique et scientifique. C'est dans cette passionnante mission que je suis d'abord reconnaissant envers madame Suzanne Philips-Nootens, vice-doyenne à la recherche et directrice du Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé, pour son aide, ses critiques constructives et ses encouragements durant la rédaction du présent essai. Je dois aussi exprimer toute mon admiration à Dominique, la femme qui m'accompagne depuis plusieurs années et qui m'a soutenu tout au long de ma formation et durant la rédaction du présent essai.

*À mon épouse,
Dominique*

Table des matières

LA DIVULGATION DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES : LORSQUE TOUT NE SE DÉROULE PAS COMME PRÉVU

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 – LA DIVULGATION DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES : UNE OBLIGATION DÉJÀ ÉTABLIE EN DROIT CIVIL ET EN DROIT PROFESSIONNEL 9

A) LE DÉFAUT DE DIVULGATION DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES EN DROIT CIVIL	9
1. UNE AFFAIRE MARQUANTE : <i>KILEY-NIKKEL C. DANAIS</i>	11
2. LA DIVULGATION DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES : UNE SUITE LOGIQUE AUX OBLIGATIONS DÉJÀ ÉTABLIES	15
B) LE DÉFAUT DE DIVULGATION DES ACCIDENTS THÉRAPEUTIQUES EN DROIT PROFESSIONNEL	18
1. LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE	18
2. LA DÉONTOLOGIE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS	21

CHAPITRE 2 – LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS DE SANTÉ 24

A) L'INTERVENTION DU LÉGISLATEUR	25
1. LE DROIT À LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ	26
2. LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES ACCIDENTS ET INCIDENTS	28
3. LA DIVULGATION OBLIGATOIRE DES ACCIDENTS	34
4. LE COMITÉ DE LA GESTION DES RISQUES	48
B) UN CHANGEMENT DE CULTURE DES ÉTABLISSEMENTS	55
1. UNE IMPLANTATION NON SOUTENUE	56
2. LA DÉCLARATION « VOLONTAIRE » DES ACCIDENTS ET INCIDENTS	59
3. DES ENQUÊTES SANS DE REELS MOYENS : DES EXEMPLES D'AUTRES INDUSTRIES	62
C) UN CHANGEMENT DE CULTURE DANS LES MILIEUX PROFESSIONNELS	66
1- LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE	66
2- LA DÉONTOLOGIE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS	68

CONCLUSION 71

BIBLIOGRAPHIE 73

ANNEXE 1 – FORMULAIRE ACCIDENT ET INCIDENT 78

ANNEXE 2 – RÉSULTAT DU SONDAGE DU MSSS 79

Introduction

La médecine, comme toute discipline scientifique, a débuté modestement, mais s'est graduellement complexifiée dès l'aube du vingtième siècle. De nos jours, elle poursuit son évolution, parfois de manière étonnante. Il nous faut toutefois être réalistes et admettre qu'un jour nous ne pourrons plus poursuivre la cadence des découvertes. En effet, l'être humain n'est pas une machine dont nous pouvons repousser les limites *ad vitam aeternam*, même si, pour l'instant, cette limite ne nous semble pas atteignable.

Ainsi, qui aurait pu croire que des interventions chirurgicales *in utero* seraient un jour réalisables et trouveraient leur utilité clinique? Qui aurait espéré que l'utilisation de cellules souches serait une nouvelle voie pour repousser encore une fois les frontières du savoir. De nouvelles molécules sont découvertes année après année, améliorant l'efficacité des traitements pharmacologiques. Nous pouvons maintenant compter sur une vie en meilleure santé, vivre plus longtemps et consacrer plus de temps à nos loisirs. Ces exploits ont sans doute contribué à développer l'intérêt pour notre système de santé.

Or, il existe un envers à cette médaille. La médecine n'étant pas une science exacte, il arrive malheureusement que des accidents se produisent. Fort heureusement, les données actuelles nous portent à croire que la plupart de ces accidents sont sans gravité et leurs conséquences réversibles. Cependant, d'autres accidents causent de sérieux préjudices aux patients, quelques fois irréversibles et allant même jusqu'à causer un décès. La littérature médicale aborde largement des risques inhérents aux procédures chirurgicales et aux traitements médicaux. Certains de ces risques, lorsqu'ils se réalisent, sont en quelque sorte des « accidents inévitables ». Ceci nous rappelle donc les limites de la médecine.

Là où le bât blesse, c'est que des « accidents évitables » se produisent. Nous entendons par « accident évitable » un événement qui n'aurait pas dû se réaliser si

nous avons adopté tous les moyens raisonnables pour empêcher cet accident, lors de la prestation de soins. Bien entendu, les accidents dits évitables ne résultent pas tous d'une faute professionnelle.

Souvenons-nous des dépêches faites aux patients concernés, suite à la découverte d'instruments chirurgicaux mal stérilisés, dans deux grands hôpitaux de Montréal, et ce, même si le risque de contamination était considéré comme très faible, voire inexistant.¹ D'ailleurs, aucun cas de contamination n'a été rapporté au Québec. Cependant, d'autres accidents ont fait la une des médias, notamment à l'égard des surdosages de soluté ou de médicaments qui ont causé la mort d'usagers.² Sans oublier les manchettes sur les infections nosocomiales et notamment sur les nombreux décès causés par la bactérie *Clostridium difficile*.³

Le voile sur ces accidents évitables a notamment été levé suite à l'étude du *Harvard Medical Practice Study* publié dans le *New England Journal of Medicine* en 1991. Cette étude démontrait que les mauvaises pratiques étaient fréquentes dans les hôpitaux étudiés, qu'un nombre élevé d'incidents évitables à l'échelle nationale des États-Unis pouvait être inféré à partir du taux d'événements indésirables obtenu dans un échantillon d'hôpitaux, et que peu de patients victimes de ces incidents indésirables intentaient des poursuites judiciaires envers les professionnels de la santé et les établissements. Ainsi, le taux d'accidents ou d'effets indésirables des dossiers étudiés en 1984 se situait à 3,7 % dont 1 % était dû à une négligence.⁴

¹ Il s'agit en fait de l'Hôpital du Sacré-Cœur et l'Hôpital général de Montréal où un nouvel instrument chirurgical utilisé pour des interventions chirurgicales de la hanche avait été mal stérilisé. G. Otis-Dionne, « Instrument mal stérilisé – Deux hôpitaux montréalais pourraient rappeler des centaines de patients », *Le Devoir*, 13 avril 2004, p. A2. Quelques mois auparavant, l'Hôpital Sainte-Justine avait demandé à 2 614 patients d'une chirurgienne séropositive de se soumettre à un test de dépistage du VIH.

² Radio-Canada, « Le Collège des médecins enquête sur l'hôpital Sacré-Cœur », 25 février 2000, en ligne : <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/42/42146.htm> (date d'accès: 19 juin 2006).

³ Radio-Canada, « Clostridium difficile : une étude sonne l'alarme », 4 août 2004, en ligne : <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Index/nouvelles/200408/04/011-bacterie-difficile.shtml> (date d'accès: 19 juin 2006). Voir aussi le dossier sur le Clostridium difficile sur le site Internet de l'émission *Découverte* à Radio-Canada diffusé au mois d'octobre 2004 : http://www.radio-canada.ca/actualite/v2/decouverte/niveau2_930.shtml (date d'accès: 19 juin 2006).

⁴ B. Leape *et al.*, « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice study I », (1991) 324 *New England Journal of Medicine* 370, à la p. 371.

Malgré la prudence dont nous devons faire preuve à la lecture de ces chiffres, il était projeté pour l'ensemble des 2 671 863 admissions de l'État de New York qu'il y aurait eu 98 609 accidents dont 13 451 décès, en partie dus à un accident évitable.⁵ Ces chiffres ont de quoi nous faire frémir. Outre les décès, les effets des accidents évitables sont nombreux pour l'ensemble de la population : hospitalisation prolongée, augmentation de la morbidité, diminution de l'espérance de vie, perte de la productivité dans son ensemble, etc.

En Australie, l'émoi fut encore plus grand au moment de la publication en 1995 d'une étude qui démontrait que 16,6 % des dossiers examinés étaient associés à un effet indésirable.⁶ De ces accidents, 51 % avaient été jugés évitables. La grande différence entre ces deux études réside dans la méthodologie utilisée. La première utilise le taux d'incidence comme étant le nombre d'accidents par 100 hospitalisations, tandis que l'étude australienne établit un pourcentage des admissions associées à un accident.⁷

Le rapport de l'*Institute of Medicine* publié en 2000 estime que les « erreurs médicales » auraient provoqué au minimum 44 000 décès et possiblement jusqu'à 98 000 décès annuellement dans les seuls hôpitaux des États-Unis, lorsque les données sur les admissions de 1997 sont extrapolées.⁸

Peu à peu, ces études ont amené plusieurs pays à prendre conscience de cette problématique. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté en 2002 une résolution à l'égard de la prestation sécuritaire des soins et services de santé. Certes, la résolution n'a pas force de loi, mais elle lie les États membres de l'OMS. Lors de la cinquante-cinquième réunion de l'Assemblée mondiale de la

⁵ *Ibid.*, à la p. 371.

⁶ R. Wilson *et al.*, « The quality in Australian health care study », (1995) 163 *Medical Journal of Australia* 458, à la p. 465.

⁷ Québec, *Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé : la gestion des risques, une priorité pour le réseau*, Rapport du comité ministériel présidé par Jean Francoeur, février 2001, à la p. 31 [ci-après rapport Francoeur].

⁸ Institute of Medicine, *To err is human: building a safer health system*, Committee on quality of health care in America, Washington (D.C.), National Academy Press, 1999, à la p. 26.

santé, les membres ont pu prendre connaissance du rapport du secrétariat sur les événements indésirables.⁹ Ce rapport fait une revue de la littérature sur les accidents évitables. Ainsi, nous reproduisons la résolution adoptée :¹⁰

1— INVITE INSTAMMENT les États membres :

1) à accorder la plus grande attention au problème de la sécurité des patients;

2) à créer sur des bases scientifiques et à renforcer les systèmes nécessaires pour améliorer la sécurité des patients et à la qualité des soins, y compris pour surveiller les médicaments ainsi que le matériel et la technologie médico-sanitaire;

2— PRIE le Directeur général [de l'OMS], dans le contexte d'un programme relatif à la qualité :

1) d'élaborer des normes, des règles et des lignes directrices mondiales pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, définir, mesurer et notifier les événements indésirables effectifs ou évités de justesse dans le domaine des soins de santé, en faisant le point de l'expérience des programmes existants et en s'assurant le concours des États membres, de fournir un appui pour élaborer des systèmes de notification, de prendre des mesures préventives et de mettre en œuvre des mesures visant à réduire les risques;

2) de promouvoir la mise au point de politiques fondées sur des bases factuelles, y compris des normes mondiales propres à améliorer les soins aux patients, en mettant particulièrement l'accent sur l'innocuité des produits, les pratiques cliniques sûres conformes à des lignes directrices appropriées et la sécurité d'utilisation des médicaments et des appareils médicaux, compte tenu des points de vue des décideurs, des administrateurs, des dispensateurs de soins et des consommateurs;

3) d'appuyer les efforts des États membres pour instaurer un climat de sécurité dans les organisations de soins et d'élaborer, par exemple par l'homologation et d'autres moyens, conformément au contexte et aux impératifs nationaux, des dispositifs pour reconnaître chez les dispensateurs de soins les caractéristiques qui garantissent l'excellence en matière de sécurité des patients au niveau international;

⁹ OMS, *Qualité des soins : sécurité des patients*, rapport du Secrétariat, A55/13, point 13.9 de l'ordre du jour, 23 mars 2002.

¹⁰ OMS, *Qualité des soins : sécurité des patients*, résolution de l'Assemblée mondiale de la santé, WHA55.18, 18 mai 2002.

- 4) d'encourager la recherche sur la sécurité des patients, notamment par des études épidémiologiques sur les facteurs de risque, par des interventions protectrices effectives et par l'évaluation des coûts apparentés des dommages et de la protection.

Le Canada et le Québec ont aussi pris des dispositions afin, d'une part, d'étudier l'ampleur de la problématique et, d'autre part, de mettre en place des mesures pour assurer la sécurité des patients.

L'initiative canadienne a été de mettre en place l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) en 2003, faisant suite aux recommandations du Comité directeur national sur la sécurité des patients.¹¹ L'Institut est composé principalement de professionnels de la santé et des ministres de la santé des provinces. Le Québec ne fait pas partie de l'ICSP.

Cependant, la ministre d'État à la santé et aux services sociaux du Québec d'alors, madame Pauline Marois, avait confié, en l'an 2000, à un comité, le mandat de faire un état de la situation du phénomène des accidents évitables en milieu de santé au Québec. De plus, le comité devait évaluer l'efficacité des procédures existantes en gestion des risques et proposer des mécanismes favorisant une meilleure prévention de ce genre d'accidents. Le rapport ministériel fut déposé au mois de février 2001.¹² Un des constats souligne le manque de connaissance de l'ampleur du phénomène au Québec. L'extrapolation à partir des résultats des différentes études sur le sujet ne serait pas appropriée, car « les résultats obtenus sur la base d'une méthodologie aussi simpliste seraient extrêmement vulnérables à la critique ».¹³

Le rapport fait aussi plusieurs autres constats dont nous énumérons les principaux :

- Les accidents ne sont pas tous causés par des médecins;
- La négligence du professionnel n'est pas la cause la plus fréquente;

¹¹ Les informations sont tirées du site Internet de Santé Canada: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/patient_securit/cpsi-icsp/index_f.html (date d'accès: 19 juin 2006).

¹² Rapport Francoeur, *supra*, note 7.

¹³ *Ibid.*, à la p. 32.

- La sécurité des usagers n'est pas une priorité pour le réseau de la santé;
- La gestion des risques n'est pas une priorité évidente pour toutes les organisations.

Outre ces constats, le rapport porte une attention particulière au sort des victimes d'accidents lors de la prestation de soins de santé. Ainsi, le comité ministériel indique qu'il faut « rendre le système plus transparent »¹⁴ en divulguant les accidents aux victimes. La divulgation des erreurs ne fait pas partie de la culture des professionnels de la santé, conclut-il, d'où les nombreuses dénonciations de la « conspiration du silence ou d'omerta médicale ».¹⁵

L'information et le soutien aux usagers sont sans contredit des éléments clés du rapport ministériel. Le constat voulant que les victimes et leurs proches soient souvent oubliés ou négligés a été plusieurs fois entendu par le comité. D'ailleurs, plusieurs des recommandations visent à mettre en place des mécanismes pour assurer une plus grande transparence envers les usagers victimes d'accident.

À la suite du dépôt du rapport du comité ministériel, le ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors, monsieur François Legault, déposa, le 14 juin 2002, le projet de loi n° 113, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*.¹⁶ Ce projet de loi présentait essentiellement des dispositions actualisant la presque totalité des recommandations du comité ministériel. Il fut adopté et sanctionné le 19 décembre 2002 et entra en vigueur le même jour dans sa presque totalité.

Le Québec s'est aussi doté, en 2002, du Groupe national d'aide à la gestion des risques, maintenant appelé le Groupe vigilance pour la prestation sécuritaire des soins et services, dans le but de promouvoir des soins de santé sécuritaires. Ce

¹⁴ *Ibid.*, à la p. 39.

¹⁵ J.-L. Baudouin, « La nouvelle donne, les enjeux, les changements des contextes au Québec », (2004) 13 *Revue générale de droit médical* 9, à la p. 14.

¹⁶ Maintenant L.Q. 2002, c. 71.

comité est composé d'experts dans le domaine provenant des établissements de santé et du Ministère.

Depuis peu de temps, le Canada et le Québec disposent d'études basées sur une méthodologie semblable à celle utilisée dans la *Harvard Medical Practice Study*. L'étude canadienne rapporte un taux d'événements indésirables de 7,5%.¹⁷ Quatre hôpitaux dans cinq provinces, dont le Québec, ont été choisis. L'étude québécoise a mesuré un niveau comparable à l'étude canadienne, soit 5,6% d'événements indésirables.¹⁸ De plus, l'étude indique que 26.8% des événements indésirables étaient évitables.

L'étude conclut que « les hôpitaux du Québec offrent des soins qui sont bénéfiques pour l'immense majorité des patients ». ¹⁹ Cependant, un changement de culture s'impose pour assurer la prestation sécuritaire des soins pour une minorité non négligeable de patients. De plus, l'obligation de divulgation des accidents proposée par les modifications législatives s'inscrit dans ce changement de culture. Force est de constater que les professionnels de la santé éprouvent des difficultés à faire face à la situation, lorsque tout ne se déroule pas comme prévu. La mise en application de ce changement de culture ne sera pas chose facile, « mais si elle réussit, les bénéfices pour les patients pourraient être considérables ». ²⁰

Ainsi, dans le cadre du présent essai, nous analyserons en profondeur l'impact des modifications législatives à l'égard du « droit [d'un usager] d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être » ²¹. En fait, nous constaterons qu'une telle obligation existait bien avant ces modifications législatives, et nous chercherons à comprendre pourquoi le législateur voulait

¹⁷ G.R. Baker *et al.*, « The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », (2004) 170 C.M.A.J. 1678, à la p. 1681.

¹⁸ R. Blais, *Incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, septembre 2004, à la p. 18.

¹⁹ *Ibid.*, à la p. 21.

²⁰ *Ibid.*, à la p. 21.

²¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 8.

intervenir. Au deuxième chapitre, nous ferons une analyse critique des nouvelles dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²² [ci-après LSSSS] à l'égard de la prestation sécuritaire des soins et des services de santé.

²² *Ibid.*

Chapitre 1 – La divulgation des accidents thérapeutiques : une obligation déjà établie en droit civil et en droit professionnel

Le droit d'être informé des accidents est dorénavant reconnu explicitement comme un droit des usagers et implique par conséquent une obligation des professionnels de la santé à les divulguer. Est-ce dire qu'auparavant ces derniers ne devaient pas informer leurs patients lorsqu'il se produisait un accident? Nous ne le croyons pas. Fini le temps où les patients laissaient l'homme de science décider ce qui était bon pour eux. Ainsi, au fil du temps, les droits fondamentaux sont venus notamment baliser cette relation entre le médecin (les autres professionnels de la santé aussi) et le patient.

L'ancienne relation d'autorité, essentiellement fondée sur la confiance aveugle en l'homme de science, n'existe donc plus. Elle est remplacée par un rapport plus égalitaire [...].²³

L'établissement d'une relation de confiance est depuis de nombreuses années la base de cette relation professionnelle. Conséquemment, les médecins ont l'obligation envers leurs patients de les renseigner, de les traiter, de les suivre et leur assurer le secret professionnel. L'obligation de divulguer les accidents thérapeutiques a certainement un lien logique avec ces obligations.

Nous verrons donc, au cours du présent chapitre, comment les tribunaux civils ont étudié l'absence de divulgation des médecins lors d'accident thérapeutique. Aussi, nous analyserons le droit professionnel sur cette même question.

A) Le défaut de divulgation des accidents thérapeutiques en droit civil

Les tribunaux québécois n'ont pas eu encore à juger le défaut de divulgation des accidents thérapeutiques tel qu'il est maintenant reconnu en vertu de la LSSSS.

²³ J.-L. Baudouin, *supra*, note 15, à la p. 10.

Nous avons constaté néanmoins que les tribunaux analysent minutieusement ce que les professionnels font après un accident. Par exemple, dans l'affaire *Weswall c. Gordon*²⁴, une veine iliaque a été sectionnée accidentellement lors d'une intervention chirurgicale en 1986 et le juge s'exprime ainsi sur son appréciation de la divulgation :

No attempt was made to conceal or obscure the cause of damage to the vein. He called in a cardio-vascular surgeon for advise immediately after the accident, he referred to the accident in his operation report (D-1, P. 17), he advised Mr Weiswall of the accident immediately after the operation, and, at the latter's request, he subsequently furnished him with more precise details thereof²⁵ (nous soulignons)

Voilà un très bon exemple de transparence où nous nous sommes en présence d'une divulgation complète selon les règles de l'art. Il ne faut pas oublier que les événements remontent à 1986, soit seize ans avant l'obligation explicite de divulgation. Nous constatons qu'il a bien eu divulgation et, par conséquent, nous pouvons affirmer l'absence de faute du médecin à cet égard.

Dans une autre affaire, *Houde c. Roberge*²⁶, la demanderesse a subi une discoïdectomie en 1978 et une hémorragie intra-abdominale survient en raison d'une rupture accidentelle de l'aorte. Même si l'action a été rejetée, le juge exprime une sympathie envers la demanderesse, déplorant le manque d'information de la part du médecin.

La demanderesse, qui n'avait pas entendu la preuve, avait raison de suspecter une faute possible de la part de son chirurgien. Ce qui est arrivé ne devrait pas normalement arriver. Cela est souvent la conséquence directe d'une faute. Pour connaître le fond de l'histoire, il fallait entendre le défendeur et les experts.²⁷

²⁴ [1992] R.R.A. 815 (C.S.).

²⁵ *Ibid.*, à la p. 819.

²⁶ [1987] R.R.A. 409 (C.S.).

²⁷ *Ibid.*, à la p. 414.

1. Une affaire marquante : *Kiley-Nikkel c. Danais*

Plus particulièrement, l'affaire *Kiley-Nikkel c. Danais*²⁸ est sans conteste un litige où l'absence de divulgation a été au centre des discussions.

Au moment des malheureux événements, la demanderesse avait 36 ans. Suite à la découverte d'une lésion suspecte de malignité au sein gauche, elle subit une mastectomie en 1982. De fait, les tissus prélevés lors de la chirurgie et envoyés au service de pathologie confirment le diagnostic de malignité. Or, deux jours après, un autre pathologiste analyse à nouveau les tissus et est d'avis qu'il s'agit plutôt d'une mastite granulomateuse non maligne. La demanderesse n'a jamais été informée de l'erreur de diagnostic et c'est seulement six ans plus tard qu'elle apprend la vérité. Elle affirme qu'elle a vécu dans la crainte d'une récurrence et de la mort pendant ces six ans.

Une des questions en litige est la suivante :

Le Dr Brown [chirurgien] a-t-il assumé correctement le suivi postopératoire de la demanderesse et, plus spécialement, a-t-il informé celle-ci de l'erreur de diagnostic?²⁹ (Nous soulignons)

Il faut comprendre que le chirurgien Brown n'a pas commis l'erreur de diagnostic. C'est plutôt le premier pathologiste Danais.

Le juge Lebel prend donc le soin d'examiner, d'une part, qui devait informer la demanderesse de l'erreur de diagnostic et, d'autre part, si cette personne s'est acquittée de cette responsabilité. Il s'exprime ainsi sur le cas du Dr Danais (pathologiste) qui a commis l'erreur de diagnostic.

²⁸ [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.).

²⁹ *Ibid.*, à la p. 2822.

Il aurait, sans doute, été souhaitable que le Dr Danais rencontre lui-même Madame Kiley pour lui confesser sa dramatique et tragique erreur.³⁰

L'histoire démontre que le Dr Danais a offert de rencontrer la patiente, mais que le Dr Brown a refusé cette offre. Alors, le Dr Danais « ne peut être blâmé d'avoir pris pour acquis, suivant l'engagement formel non contesté du Dr Brown, que ce dernier dénoncerait l'erreur commise », ³¹ et ce, même si la confession lui incombait en premier lieu.³²

Est-ce que le Dr Brown « s'est acquitté, spécialement, de la lourde responsabilité qui lui incombait de dénoncer à madame Kiley la tragique erreur de diagnostic dont elle avait été victime » ?³³ La preuve démontre que la divulgation³⁴ n'a vraiment pas eu lieu. L'information du Dr Brown est trop imprécise pour que la patiente comprenne qu'il y a eu une erreur de diagnostic. De plus, il n'en informe pas ses collègues et autres professionnels qui suivent madame Kiley et, par conséquent, la soumettent inutilement à des examens de suivi périodique notamment.

D'ailleurs, madame Kiley est retournée vivre à son domicile en Saskatchewan où elle est suivie à la Clinique de cancer de Saskatoon. Son dossier est trop imprécis pour que les médecins de cette clinique constatent eux aussi l'erreur de diagnostic.

Il est aussi intéressant de constater que le juge Lebel dénonce l'absence de notes au dossier sur une quelconque rencontre avec la patiente.

Dans l'intervalle, il ne mentionne même pas au dossier médical la dénonciation de l'erreur qu'il aurait faite verbalement à madame Kiley. Il ne fait pas rapport au Dr Danais de l'entrevue qu'il a eue avec madame Kiley et les réactions de celle-ci [...].³⁵

³⁰ *Ibid.*, à la p. 2826.

³¹ *Ibid.*, à la p. 2826.

³² *Ibid.*, à la p. 2826.

³³ *Ibid.*, à la p. 2826.

³⁴ Le tribunal utilise plutôt le terme dénonciation.

³⁵ *Kiley-Nikkel c. Danais, supra*, note 28, à la p. 2828.

Ainsi, le juge Lebel conclut que le défaut d'informer madame Kiley constitue une conduite fautive qui engage la responsabilité du Dr Brown.³⁶

Il n'est pas fréquemment arrivé dans l'histoire jurisprudentielle qu'on attache une telle importance à l'absence de divulgation. Plusieurs préjudices ont été démontrés au cours du procès notamment en rapport avec l'erreur de diagnostic en soi ayant eu comme principale conséquence une mastectomie. Pour les besoins du présent essai, nous analyserons ce que le juge a retenu comme préjudice à cause du défaut de divulgation.

Le juge Lebel y fait principalement mention à la rubrique « pertes non pécuniaires ». Ceux-ci portent entre autres sur les souffrances, les douleurs, les inconvénients, la perte de jouissance de la vie, etc.³⁷

Pendant 6 ans, en effet, madame Kiley a vécu dans la crainte d'une récidive, de la propagation des cellules cancéreuses et d'une mort à brève échéance.³⁸

Le montant évalué à ce poste par le juge est de 100 000 \$, mais il évalue à 75 % de ce montant la valeur du préjudice pour l'absence de divulgation.

Il est clair pour le juge Lebel que l'erreur de diagnostic du Dr Danaïs est une faute professionnelle, car la preuve a démontré qu'il n'a pas utilisé une bonne technique lors de la première analyse des tissus. En conséquence, il est condamné pour les préjudices comme suit : perte de capacité de revenus (83 600 \$), préjudice esthétique et ablation du sein (50 000 \$) et aussi pour pertes non pécuniaires (15 000 \$), pour un total de 166 100 \$.

³⁶ *Ibid.*, à la p. 2830.

³⁷ P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 2^e éd., Cowansville (Qc.), Yvon Blais, 2001, p. 64, n° 87 (les auteures le nomment préjudice extrapatrimonial).

³⁸ *Kiley-Nikkel c. Danaïs*, *supra*, note 28, à la p. 2833.

Le juge estime donc que la majeure partie des préjudices d'ordre psychiatrique et non pécuniaires sont la conséquence de la dissimulation de l'erreur de diagnostic. « Les conséquences de l'erreur médicale auraient été beaucoup moins graves n'eût été la dissimulation de cette erreur ».³⁹ Ainsi, le Dr Brown est condamné à payer 137 500 \$.

Le juge Lebel termine en comparant ainsi les fautes du pathologiste Danais et du chirurgien Brown.

On aura constaté que la faute choquante et révoltante du Dr de Foyard-Brown a généré moins de dommages que la faute plus excusable du Dr Danais. Cela démontre une fois de plus que l'indemnisation ne doit pas avoir un caractère punitif.⁴⁰

Ainsi, la mauvaise technique de diagnostic par le pathologiste fut considérée comme la principale faute professionnelle en lien avec les préjudices. Cependant, le défaut de divulgation a contribué à ces préjudices, mais ils ont une valeur moindre. La divulgation de l'erreur de diagnostic par le docteur Brown ou le docteur Danais aurait limité le préjudice à la mastectomie et aurait évité à la patiente de subir des effets psychologiques à long terme.

Notre recherche jurisprudentielle ne nous a pas permis de mettre en évidence d'autres situations où l'absence de divulgation fut au centre des débats. Certes, plusieurs des litiges ont pour origine un accident thérapeutique. Par exemple, le procès de *Suite c. Cooke*⁴¹ portant sur l'erreur de ligature d'une veine plutôt que la trompe utérine, n'a pas porté sur l'absence de divulgation *per se*, mais plutôt sur l'absence de suivi.

³⁹ *Ibid.*, à la p. 2834.

⁴⁰ *Ibid.*, à la p. 2835.

⁴¹ [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.).

Je partage l'avis du premier juge que l'appelant [chirurgien] a commis une faute en omettant de consulter le rapport de pathologie et, par voie de conséquence, en omettant d'informer l'intimée de son contenu.⁴²

Dans ce cas, l'absence de divulgation aurait pu être invoqué si le chirurgien avait pris connaissance du rapport de pathologie sans, par la suite, en informer sa patiente.

2. La divulgation des accidents thérapeutiques : une suite logique aux obligations déjà établies

Le défaut de divulguer les accidents thérapeutiques est donc une faute professionnelle donnant ouverture à un recours en responsabilité civile. Cependant, les préjudices, lorsqu'ils existent, ne résultent pas directement, dans une grande majorité des cas, du défaut de divulgation, mais plutôt d'une autre faute professionnelle, par exemple l'erreur de diagnostic engendrant, par la suite, l'absence de divulgation.

Conséquemment, lorsque survient un accident, un médecin raisonnablement compétent, prudent et diligent devra sans tarder informer son patient ou le représentant de ce dernier des causes probables et des mesures à prendre pour remédier aux conséquences, le cas échéant. Pour juger l'absence de divulgation, le tribunal devrait, d'une part, être suffisamment convaincu que le médecin n'a pas eu, dans les circonstances, un comportement conforme à celui qu'aurait eu, en son lieu et place et dans les mêmes circonstances, un professionnel raisonnablement prudent et diligent.⁴³ Pour la divulgation, on entend par un comportement prudent et diligent que le médecin informera son patient, le plus tôt possible, sur les événements entourant l'accident thérapeutique et en assurera le suivi.

Le demandeur devra donc démontrer, par présomption de fait, qu'il y a eu un accident au sens de la LSSSS ou, autrement dit, que tout ne s'est pas déroulé comme

⁴² *Ibid.*, à la p. 2772.

⁴³ J.-L. Baudouin et P. Deslauriers, *La responsabilité civile*, 6^e éd., Cowansville (Qc.), Yvon Blais, 2003, p. 1007, n^o 1458.

prévu. Par la suite, il devra démontrer qu'il n'a pas été informé du malheureux accident par son professionnel. Selon les normes, le professionnel devrait minimalement avoir consigné au dossier de l'usager les éléments importants des informations données à ce dernier au moment de la divulgation (par exemple les explications portant sur l'accident, les mesures prises pour contrer les effets indésirables et les réactions de l'usager lors de la rencontre).⁴⁴

Comme nous venons de le constater, la divulgation des accidents n'est pas en soi une nouvelle obligation des médecins envers leurs patients. La jurisprudence nous le confirme d'ailleurs. Elle est intégrée aux obligations déjà établies, soit l'obligation de renseigner et l'obligation de suivre.

a) l'obligation de renseigner

L'obligation de renseigner est la première étape pour ensuite obtenir le consentement libre et éclairé du patient.⁴⁵ Il est reconnu que plusieurs informations doivent être révélées au patient durant un épisode de soins :⁴⁶

- Le diagnostic;
- La nature et le but du traitement ou de l'examen;
- Les alternatives médicales;
- Les risques du traitement ou de l'examen.

Après un accident, il arrivera que des soins deviennent nécessaires pour renverser les effets indésirables ou pour apporter un soutien dans cette épreuve, souvent difficile. Alors, le médecin devra obtenir un consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant, pour procéder à ces soins et services. Pour ce faire, le médecin devra expliquer au patient, victime d'un accident, ce qui s'est déroulé et ce qu'il entend

⁴⁴ Rapport Francoeur, *supra*, note 7, à la p. 47.

⁴⁵ F. Tôth, « L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois », dans The Canadian Institute, *Responsabilité médicale et hospitalière : aspects éthiques et juridiques*, Toronto, Canadian Institute, 1990, Section III, à la p. 8.

⁴⁶ *Ibid.*, à la p. 9.

faire pour renverser les effets indésirables. Le patient peut donc consentir ou non aux soins proposés.

Mais plus important, l'obligation de divulgation est, sans aucun doute, la suite logique de l'obligation du médecin de suivre son patient.

b) L'obligation de suivre

Outre le silence, ce qui est reproché, aux médecins et des autres professionnels, par les victimes d'accident est l'abandon après un accident. Les auteures Lesage-Jarjoura et Philips-Nootens expliquent qu'un des éléments de l'obligation de suivre est « le devoir de ne pas abandonner le patient ».⁴⁷ Après un malheureux accident, le médecin traitant devra prendre les moyens raisonnables pour renverser les effets indésirables et accompagner son patient durant tout l'épisode de soins.

De plus, il doit se rendre disponible raisonnablement⁴⁸ et donner toutes les explications à l'égard de l'accident et des traitements⁴⁹ qu'il envisage pour contrer les effets, le cas échéant. Par ailleurs, le médecin pourra être tenu de transférer son patient à un collègue, dans une autre unité de soins ou dans un autre établissement lorsque la situation clinique l'exige, d'où l'importance d'en informer le patient.⁵⁰

Tout comme l'obligation de suivre son patient tout au long de son épisode de soins, la divulgation des accidents thérapeutiques est importante.

La crainte de poursuites ne doit pas donc pas l'emporter sur l'obligation de dévoiler la survenance de complications en cours de traitement. Au contraire, le suivi du patient ne devient-il pas d'autant plus important dans ce cas?⁵¹

⁴⁷ P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra*, note 37, p. 292, n° 352.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 297, n° 357.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 302, n° 363.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 310, n° 378.

⁵¹ *Ibid.*, p. 304, n° 364.

B) Le défaut de divulgation des accidents thérapeutiques en droit professionnel

Les ordres professionnels, dont la mission principale est d'assurer la protection du public, accordent une très grande importance à la relation qu'entretiennent leurs membres à l'égard des patients. Malgré les dernières modifications déontologiques des ordres professionnels des infirmières et infirmiers ainsi que des médecins concernant l'obligation d'informer les patients lorsque survient un accident, l'absence de divulgation était déjà considérée comme une faute déontologique.

Voyons maintenant les anciennes dispositions déontologiques des médecins et des infirmières relativement à la divulgation des accidents thérapeutiques et comment les comités de discipline ont traité du sujet.

1. La déontologie médicale

La divulgation des accidents n'était pas stipulée explicitement sous l'ancien *Code de déontologie des médecins*⁵², mais, à notre avis, il est possible d'interpréter en ce sens certains articles qui impliquaient de ne pas dissimuler les erreurs aux patients. Aux fins d'analyse, citons deux articles de l'ancien *Code de déontologie des médecins*⁵³ :

2.03.09 : Le médecin doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son patient [...];

2.03.38 : Le médecin doit être loyal, intègre et attentif envers son patient;

⁵² R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4.

⁵³ *Ibid.*

L'article 2.03.09 indique qu'une relation de confiance doit exister entre le médecin et son patient et vice-versa. La relation de confiance se trouve à la base de la relation thérapeutique. Sans elle, la relation thérapeutique n'est pas possible ou limitée. On entend par confiance « un sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un ». ⁵⁴ Il est donc normal que le médecin s'attende à ce que son patient collabore entièrement aux soins, tout comme le patient attend de son médecin qu'il exerce la médecine selon les normes reconnues. La confiance signifie aussi que le médecin et le patient se donnent mutuellement toute l'information nécessaire pour, d'une part, permettre au médecin de faire un diagnostic juste et, d'autre part, assurer au patient qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé. Cette relation de confiance doit durer au moins tout au long de l'épisode de soins et ce, même si tout ne se déroule pas comme prévu.

La loyauté, l'intégrité et l'attention sont d'autres valeurs véhiculées à l'article 2.03.38. Le médecin doit être honnête, agir avec respect et assurer un suivi auprès de son patient. Ces valeurs nous éloignent de l'attitude « paternaliste » médicale, comme l'affirmait le juge en chef François Lemieux en 1930 dans l'affaire *Caron c. Gagnon* : ⁵⁵

Suivant le langage des auteurs, dans les cas graves d'interventions chirurgicales, il n'y a que l'honneur entre la conscience du médecin et le patient, et il n'y a entre eux, pour juge, que Dieu. Le médecin qui agit d'après son savoir, sa conscience et l'honneur, a bien fait. Toute autre doctrine est fausse et dangereuse à la société. La responsabilité du médecin est presque illimitée, toute de morale et de conscience. L'art de guérir ne peut devenir profitable qu'à cette condition.

Lorsqu'un accident survient lors de la prestation de soins, le médecin ne doit pas chercher à dissimuler son erreur. Le médecin doit alors informer son patient de ce qui s'est déroulé, assurer le suivi de son état de santé et, si possible, transférer le patient à un collègue lorsque la relation de confiance n'existe plus ou que la santé de son patient le requiert.

⁵⁴ *Dictionnaire Larousse*, 2004.

⁵⁵ (1930) 68 C.S. 155, à la p. 164.

Dans la cause *Choquette c. Huot*⁵⁶ étudiée par le comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins du Québec⁵⁷ en 1994, le comité s'est penché sur la divulgation des accidents. Il y est question d'un patient qui a reçu une injection intrathécale de xylocaïne au lieu de la substance de contraste prévue lors d'une myélographie. Cette erreur a provoqué chez le patient une anesthésie et une paraplégie temporaire et réversible. Après quelques démarches infructueuses auprès des médecins concernés et du Collège des médecins pour savoir ce qui s'est passé, le patient dépose douze ans plus tard une plainte privée auprès du comité de discipline. Ce dernier aura finalement considéré que la preuve n'était pas suffisante pour démontrer de façon prépondérante que le médecin aurait commis une faute déontologique. Les délais écoulés entre les événements et la plainte n'ont pas permis au comité de discipline de retenir la version du plaignant ni celle du médecin.

Le comité de discipline avait déterminé que l'injection par erreur du mauvais médicament n'était pas une faute déontologique. Par contre, voyons maintenant comment il a étudié la question de la divulgation de l'accident.

Là où le comité se questionne le plus, c'est sur l'information qui a été transmise au patient après l'examen.⁵⁸

Le plaignant affirmait n'avoir jamais été informé de l'erreur. Le médecin visé par la plainte soutenait qu'il l'avait informé tout comme son collègue, médecin traitant lors de son hospitalisation. Le comité s'est donc posé la question suivante :

Si M. Jean Choquette avait été informé adéquatement, aurait-il continué pendant treize ans à chercher à savoir ce qui était survenu? Peut-on dire que le fait d'informer son patient sur ce qui s'est passé au moment où il est paralysé donc dans un état d'anxiété très élevé est suffisant? Le Comité croit que non. Est-ce que la preuve est suffisante sur ce point

⁵⁶ [1994] D.D.C.P. 106 (C.D. Med.) (rés.).

⁵⁷ Maintenant appelé le Comité de discipline du Collège des médecins.

⁵⁸ *Choquette c. Huot*, *supra*, note 56, à la p. 8 (de la copie déposée au greffe).

pour justifier que l'intimé soit trouvé coupable sur ce chef, le Comité croit que non.⁵⁹

Ainsi, sous l'ancien *Code de déontologie des médecins*⁶⁰, le défaut de divulguer les accidents était considéré comme une faute déontologique. Cependant, il était difficile de démontrer le défaut de divulgation, car il n'existait pas de règles sur ce qui devait notamment être consigné au dossier du patient lors de la divulgation. Dans le présent cas, aucune note n'était inscrite au dossier. Le comité devait donc juger sur deux versions contradictoires. Aujourd'hui, les médecins et les autres intervenants savent qu'ils doivent consigner au dossier les informations données au patient lors de la divulgation.

2. La déontologie des infirmières et des infirmiers

Avant l'introduction des nouvelles dispositions déontologiques en 2003, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*⁶¹ contenait des dispositions semblables au *Code de déontologie des médecins* portant notamment de la relation de confiance à développer avec le patient. Voyons précisément ces anciennes dispositions déontologiques :

3.01.04 : Le professionnel en soins infirmiers doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. [...];

3.02.01 : Le professionnel en soins infirmiers doit s'acquitter de ses devoirs professionnels avec intégrité et ne doit pas abuser de la confiance du client.;

4.01.01 : En outre de ceux mentionnés aux articles 57 et 58 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), constitue un acte dérogatoire à la dignité de la profession le fait pour le professionnel en soins infirmiers de :

[...]

⁵⁹ *Ibid.*, à la p. 8 (de la copie déposée au greffe).

⁶⁰ *Supra*, note 52.

⁶¹ R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4.

- g) poser un acte ou avoir un comportement qui va à l'encontre de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession;
 - h) inscrire des données fausses dans le dossier du client ou insérer des notes sous la signature d'autrui;
 - i) altérer dans le dossier du client des notes déjà inscrites ou en remplacer une partie quelconque dans l'intention de les falsifier;
- [...]. »

À l'époque, le comité de discipline analysait l'absence de dénonciation sous l'angle de l'omission de compléter le rapport d'accident.⁶² Dans l'affaire *Fortin, ès qualité de syndic adjointe c. Pépin*⁶³, après que le patient ait suffoqué en mangeant et que l'infirmier ait dû pratiquer la manœuvre d'Heimlich, l'infirmier a omis notamment de compléter un rapport d'accident, contrevenant ainsi au paragraphe g) de l'article 4.01.01 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*.⁶⁴ Le syndic adjoint proposait une sanction de quatre mois de radiation temporaire sous ce chef d'accusation. Ce chef d'accusation portait aussi sur l'omission de rédiger une note au dossier du client et de ne pas avoir communiqué l'information à l'infirmière de soir, lors du changement de quart de travail. Le comité de discipline explique la preuve et donne son opinion sur la gravité de ces omissions de cette façon :

[L]'intimé n'informe pas l'infirmière de soir de cet événement lors du rapport interservice, il ne rédige aucune note au dossier du client et il ne complète pas de rapport d'accident. Il admet ses fautes tant par son plaidoyer de culpabilité qu'à l'audition sur sanction, tout comme il admet que le client risquait de faire une pneumonie par aspiration après cet incident.⁶⁵

Les fautes reprochées au chef 4 sont aussi très graves puisque le client M.B. aurait pu développer des problèmes de santé et que le personnel de soir et de nuit ne pouvait être à l'affût de symptômes lui permettant d'intervenir rapidement et efficacement.⁶⁶

⁶² Communément appelé formulaire ou rapport AH-223. Voir l'annexe 1.

⁶³ [2001] D.D.O.P. 75 (C.D. Inf.) (rés.).

⁶⁴ *Supra*, note 61.

⁶⁵ *Fortin, ès qualité de syndic adjointe c. Pépin, supra*, note 63, à la p. 7 (de la copie déposée au greffe).

⁶⁶ *Ibid.*, à la p. 7 (de la copie déposée au greffe).

Ainsi, l'infirmier a été sanctionné pour ce chef d'accusation par une radiation temporaire de trois mois.

Dans une autre cause, *Grégoire c. Fortin, ès qualité de syndic adjointe*⁶⁷, le tribunal des professions a rejeté l'appel de l'infirmière notamment à l'égard des sanctions sur les quinze chefs d'accusation pour lesquels elle avait plaidé coupable devant le comité de discipline. En ce qui a trait aux deux chefs d'accusation qui portent sur l'omission de remplir un rapport d'accident, l'infirmière a reçu une réprimande à titre de sanction, car le comité de discipline considérait qu'il s'agissait « d'une désobéissance aux procédures administratives de l'hôpital ».⁶⁸

Comme nous pouvons le constater, les anciennes dispositions déontologiques assuraient cette obligation aux professionnels d'informer leurs patients lorsque survenait un accident. Cette obligation s'inscrit dans la relation de confiance que doivent établir les professionnels de la santé envers leurs patients. Comme nous verrons au prochain chapitre, les nouvelles dispositions déontologiques sont sans équivoques quant à l'obligation de divulguer les accidents ou complications aux patients.

Le devoir d'informer n'est certes pas une nouveauté pour les professionnels de la santé. Par contre, le législateur a certainement décidé d'intervenir en la matière pour confirmer le droit à la sécurité lors de la prestation de soins et services et pour assujettir les intervenants et le réseau de la santé à une plus grande transparence à l'égard des usagers. Le prochain chapitre traitera donc des nouvelles dispositions législatives garantissant la prestation sécuritaire des soins et services.

⁶⁷ [2000] D.D.O.P. 293 (T.P.) (rés.).

⁶⁸ *Ibid.*, à la p. 7 (de la copie déposée au greffe).

Chapitre 2 – La prestation sécuritaire des soins de santé

Primum non nocere, tel est l'aphorisme attribué au médecin grec Hippocrate (460-377 avant J.C.). « D'abord ne pas nuire » illustre très bien l'importance de la prudence qu'on doit porter avant de prodiguer des soins. Une telle prudence exige qu'on puisse savoir à l'avance les effets indésirables avant même d'intervenir auprès du patient. Or, cela s'avère souvent difficile, sauf pour les cas rapportés par la littérature médicale sur les risques inhérents aux interventions médicales. Certes, les sciences de la santé ne sont pas exactes en soi. Dans bon nombre de situations, les professionnels de la santé ont une obligation de moyens ou une obligation de diligence.⁶⁹ Or, la médecine, voulant tout guérir en repoussant constamment ses limites, a été victime de son succès. Ceci a eu pour effet de transformer au fil du temps l'obligation de moyens en obligation de résultat, aux yeux de monsieur et madame Tout-le-Monde.⁷⁰ Or, il n'en est rien. Les professionnels de la santé sont toujours confrontés aux aléas de la pratique professionnelle qui échappent souvent à leur contrôle et à leur volonté. Des impondérables feront malheureusement toujours partie du paysage médical. Comme l'affirme le docteur Guy Lemay, de l'Association canadienne de protection médicale, lors des consultations particulières à la Commission des affaires sociales le 3 décembre 2002, à l'égard du projet de loi n° 113 :

Souvent, la population va se dire : les médecins aujourd'hui sont tellement instruits, l'équipement est tellement sophistiqué qu'ils devraient être capables de prévoir toutes les complications, et, malheureusement, ce n'est pas possible.⁷¹

Ainsi, lorsque nous voulons améliorer la sécurité de la prestation de soins de santé, nous entendons idéalement éliminer tous les événements indésirables évitables.

⁶⁹ P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra*, note 37, p. 40, n° 54.

⁷⁰ J.-P. Claverranne et D. Vinot, « L'émergence des droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis », (2004) 13 *Revue générale de droit médical* 17, à la p. 20.

⁷¹ Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Journal des débats, 36^e législature, 2^e session, 3 décembre 2002, vers 15h30, en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fra/Publications/debats/journal/cas/021203.htm> (date d'accès: 19 juin 2006).

Bien entendu, les événements indésirables inévitables sont aussi dans la mire des professionnels de la santé et des chercheurs. Mais nous sommes limités par nos connaissances scientifiques actuelles et seules la recherche et l'expérience pourraient éventuellement diminuer ces événements malheureux.

Dans le présent chapitre, nous présenterons les modifications législatives portant sur la prestation sécuritaire des soins de santé et nous en ferons une analyse critique. Nous examinerons aussi le changement de culture amorcé par le réseau de santé et les ordres professionnels, à la suite de ces modifications législatives.

A) L'intervention du législateur

Faut-il croire que le réseau de la santé et les professionnels de la santé ne pouvaient assurer la sécurité des soins et des services prodigués aux patients pour que le législateur intervienne en modifiant la loi? Il est difficile de répondre à cette question, car, d'une part, le réseau de la santé contribue favorablement à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. D'autre part, les constats faits par les différentes études sur les événements indésirables et le manque de transparence du réseau sont une ombre au tableau pour cette même population. Tout en confirmant les bienfaits du système de santé pour la population, le législateur québécois, tout comme ceux de nombreux autres pays, intervient dorénavant et sans détour pour améliorer la sécurité des soins et des services et la transparence, principalement vis-à-vis des victimes d'événements indésirables.

Ainsi, le réseau de la santé assiste, depuis l'adoption des modifications législatives en 2002, à une véritable révolution. D'une culture de culpabilisation, le défi est de passer à une culture de prévention, en mettant en place des activités de gestion des risques. Voici donc les modifications législatives à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui doivent amorcer ce changement de culture.

1. Le droit à la prestation sécuritaire des soins et services de santé

Le législateur reconnaît explicitement aux usagers le droit de recevoir des soins de santé sécuritaires. De fait, le nouvel article 5 de la LSSSS stipule à cet effet ce qui suit :

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. (nous soulignons)

De plus, la notion de prestation sécuritaire des soins de santé a été ajoutée à plusieurs articles déjà existants de la LSSSS.⁷² Or, il faut se demander si cet ajout comporte de nouvelles obligations pour les établissements. Par exemple, le nouvel article 100 ajoute la notion de soins sécuritaires comme suit :

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels [...]. (nous soulignons)

Or, avant l'adoption du projet de loi n° 113⁷³ en 2002, l'article 100 de la LSSSS indiquait que les établissements devaient assurer des soins de « qualité », sans mention à la sécurité de ces soins :

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels [...]. (nous soulignons)

Est-ce dire que des soins de qualité ne doivent pas être sécuritaires en soi? Nous ne le croyons pas. Le Conseil de la santé et du bien-être définit la qualité comme suit :

⁷² Les articles 2, 3, 5, 100, 172, 340 et 431 de la LSSSS.

⁷³ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, supra, note 16.*

Lorsqu'on parle de qualité, on fait référence à un ensemble d'attributs du processus qui favorisent le meilleur résultat possible, tel qu'il est défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles et sociales sur plusieurs dimensions du processus. La qualité comprend : la sécurité, l'accessibilité, la qualité technique (justesse, compétence d'exécution), la qualité non technique [...].⁷⁴ (nous soulignons)

Doit-on comprendre que les établissements ne devaient pas assurer des soins sécuritaires avant les modifications législatives? Bien sûr que non. N'est-il pas légitime d'attendre des professionnels de la santé et des établissements qu'ils prodiguent des soins et des services de santé de qualité et, par conséquent, sécuritaires? Nous répondons par l'affirmative. Le législateur n'a-t-il pas compris que la sécurité est une composante de la qualité? C'est peut-être le cas effectivement. Cependant, il faut se remettre dans le contexte de l'adoption de la LSSSS en 1991 où le phénomène des accidents évitables était plutôt abstrait.⁷⁵ Le comité ministériel a donc conclu que la définition de la qualité n'incluait pas la sécurité des usagers *per se* comme droit fondamental dans les pratiques existantes, d'où la recommandation d'ajouter à la loi la notion de prestation sécuritaire des soins de santé.⁷⁶

À notre avis, la définition de la qualité des soins est assez claire pour inclure la dimension de la sécurité de ces soins. Même si la notion d'accident évitable était moins connue du grand public et que la dimension sécurité n'était pas explicitement exprimée par le législateur, l'interprétation de la définition de la qualité au fil du temps aurait permis sans difficulté d'inclure la dimension sécurité. Bien que la notion de sécurité soit une composante de la qualité et reliée au droit fondamental à la vie et à l'intégrité physique, force est de constater que le législateur a voulu

⁷⁴ Québec, Conseil de la santé et du bien-être, *Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois de services de santé et de services sociaux*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2004, à la p. 22.

⁷⁵ Rapport Francoeur, *supra*, note 7, à la p. 40.

⁷⁶ En 1991, le phénomène des accidents évitables était connu des professionnels de la santé, mais il l'était moins du grand public.

amorcer un changement réel de culture de la gestion des risques et qu'il souscrivait, à tort ou à raison, aux conclusions du comité ministériel.

Ainsi, pour assurer une prestation sécuritaire des soins, la loi oblige les établissements à mettre en place des mesures concrètes. De plus, le personnel et les professionnels de la santé doivent déclarer les accidents et incidents et collaborer à l'amélioration de la sécurité des usagers. Enfin, l'obligation de divulguer les accidents aux usagers est sans contredit le plus grand défi que le réseau doit affronter.

2. La déclaration obligatoire des accidents et incidents

Depuis le milieu des années 1980, les établissements ont l'obligation de déposer au dossier de l'utilisateur les rapports d'accidents survenus lors la prestation de soins et de services. De fait, le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*⁷⁷ (ci après nommé le règlement) énonce que « le dossier comprend notamment un rapport sur tout accident subi par un bénéficiaire dans l'établissement ».⁷⁸ Beaucoup d'établissements déclarent les incidents et les accidents au moyen du formulaire « Rapport d'incident/accident », communément appelé le formulaire AH-223.⁷⁹ Concrètement, lorsqu'il survient un incident ou un accident, la personne qui le constate complète le formulaire et l'achemine soit au chef du service ou au responsable de la gestion des risques de l'établissement. Une fois complété et analysé, un exemplaire du rapport est déposé au dossier de l'utilisateur dans le cas d'un accident.

Les établissements reprochaient aux médecins de ne pas déclarer les incidents et les accidents qu'ils constataient. Leur statut particulier de « travailleur autonome » les soustrayait à cette obligation, croyaient-ils. D'autant que la LSSSS et le règlement

⁷⁷ R.R.Q., c. S-5, r. 3.01.

⁷⁸ *Ibid.*, paragraphe 18 de l'article 53 (centre hospitalier), paragraphe 14 de l'article 55 (centre d'accueil) et paragraphe 11 de l'article 56 (CLSC).

⁷⁹ Voir un exemplaire du rapport d'incident/accident utilisé par de nombreux établissements à l'annexe 1.

étaient plutôt silencieux à ce sujet. De plus, dans un contexte de la multiplication des recours judiciaires durant les années 1980, les médecins hésitaient beaucoup à les déclarer. Cependant, la LSSSS oblige dorénavant tous les intervenants à déclarer tout incident ou accident survenu lors de la prestation de soins ou de services. En effet, le nouvel article 233.1 de la LSSSS stipule à cet effet :

Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager. (nous soulignons)

Il est maintenant clairement établi que les médecins doivent aussi déclarer les incidents et les accidents. Par ailleurs, il est curieux que le formulaire constatant autant les accidents que les incidents doive être versé au dossier de l'usager. Comme nous le verrons plus loin, l'obligation de divulgation a effet uniquement lorsqu'il se produit un accident. L'usager n'est même pas touché directement lors d'un incident et, par conséquent, n'est souvent même pas au courant de la situation.⁸⁰ De plus, comme nous l'avons mentionné un peu plus tôt, le règlement exige uniquement le dépôt du formulaire pour les accidents.⁸¹ À notre avis, seul le formulaire relatant un accident devrait être déposé au dossier de l'usager. Le dépôt du formulaire au dossier, lors d'un incident, n'est pas pertinent, à cause de son caractère purement administratif. L'objectif est d'éviter que les incidents deviennent des accidents. Dans les circonstances, l'obligation de déposer au dossier de l'usager

⁸⁰ Comme nous le verrons un peu plus loin, l'incident ne touche pas directement l'usager et n'a, par conséquent, aucune conséquence sur lui. Bref, le risque ne s'est pas réalisé.

⁸¹ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra, note 77, paragraphe 18 de l'article 53 (centre hospitalier), paragraphe 14 de l'article 55 (centre d'accueil) et paragraphe 11 de l'article 56 (CLSC).

le rapport faisant état d'un incident est tout à fait incohérente avec la nature même d'un tel événement, d'autant plus que l'utilisateur a accès à son dossier.

2.1 – Qui doit déclarer et comment le faire

La déclaration est avant tout un processus administratif visant à informer une autorité qu'il s'est déroulé un événement qui n'aurait pas dû arriver. Selon l'Office québécois de la langue française, déclaration signifie :

Formalité exigée pour faire constater une situation (déclaration de naissance, de décès, déclaration des revenus, etc.).⁸²

Ainsi, tout le personnel, les médecins et les autres professionnels de l'établissement doivent faire une telle déclaration lorsqu'il survient un incident ou un accident lors de la prestation de soins et services de santé à un usager. La plupart du temps, la déclaration s'effectue à l'aide du formulaire AH-223, mais celui-ci n'est pas imposé.⁸³

L'article 233.1 de la LSSSS précité stipule que la déclaration doit être faite au directeur général ou à une personne qu'il désigne. En règle générale, la déclaration est faite au responsable de la gestion des risques.⁸⁴ Nous verrons un peu plus loin dans ce chapitre l'organisation des établissements à l'égard de la gestion des risques.

⁸² Tel que disponible sur le site Internet de l'Office québécois de la langue française le 19 juin 2006 : <http://www.granddictionnaire.com>.

⁸³ Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux étudie en ce moment la pertinence de modifier ce formulaire, car il est entre autres considéré comme compliqué par les utilisateurs et certaines informations demandées ne sont pas pertinentes à l'étude des événements. L'éventuel formulaire modernisé pourra sans doute être informatisé afin d'assurer notamment l'obligation du ministre de constituer un registre national sur les incidents et accidents en vertu de l'article 431, paragraphe 6.2 LSSSS. Il faut noter que cette disposition n'est pas encore en vigueur.

⁸⁴ Le titre d'emploi varie d'un établissement à l'autre.

2.2 – Que déclarer

Autant les accidents que les incidents doivent faire l'objet d'une déclaration. La notion d'accident sera expliquée un peu plus loin, car elle est en relation avec la divulgation obligatoire. L'incident est défini par la LSSSS à l'article 183.2 :

Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. (nous soulignons)

Comme nous le verrons plus loin, l'incident n'a pas de conséquences immédiates ou futures pour l'utilisateur, contrairement à l'accident. En effet, l'intervention doit avoir un résultat inhabituel, mais qui ne touche pas l'utilisateur directement et qu'il est, par conséquent, sans conséquence pour lui. Dès que cela atteint l'utilisateur, alors c'est un accident.

En fait, un incident est en quelque sorte un accident évité.⁸⁵ Dans la chaîne de dispensation de soins ou de services, le risque ne s'est pas réalisé pour l'utilisateur. Prenons l'exemple d'un incident dans un secteur à risque, soit la chirurgie. Un patient subit une intervention chirurgicale quelconque sous anesthésie générale. Durant l'opération, l'appareil d'anesthésie cesse subitement de fonctionner, peu importe la raison. Bref, nos barrières ont cédé et le risque se matérialise. L'anesthésiste, la technicienne en inhalothérapie et toute l'équipe de la salle

⁸⁵ Les anglophones utilisent les termes *near miss* et *close all*. En d'autres termes, on peut dire qu'on l'a échappée belle. Par ailleurs, les définitions d'incident et d'accident ne font pas l'unanimité dans le réseau de la santé. Depuis près de trois ans, les travaux du Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux ont permis d'obtenir un certain consensus sur ces définitions. Par contre, selon un membre du Groupe vigilance du MSSS, il semblerait que le MSSS proposerait à l'automne 2006 des modifications législatives à la LSSSS pour redéfinir ces notions. L'objectif serait de faciliter la compréhension d'un incident et d'un accident. Ainsi, un accident serait défini grosso modo par la présence de conséquences pour l'utilisateur, alors qu'actuellement l'accident est défini par la présence de conséquences ou qui pourrait avoir des conséquences. Un incident serait défini par l'absence de conséquence, et ce, même l'utilisateur est touché directement. Y a-t-il un objectif purement politique afin de réduire l'ampleur des accidents au Québec? Il est certain cependant que cet exercice faciliterait aussi la compréhension de ces notions par les intervenants.

d'opération réussissent, sans délai, à suppléer à la machine, rendant ainsi l'intervention chirurgicale à terme, sans conséquence immédiate ou à venir pour ce patient.

Le risque lié à l'utilisation d'un appareil s'est donc réalisé en partie. Il n'y a cependant et heureusement aucune conséquence pour le patient. Ce n'est donc pas un accident au sens de la LSSSS, c'est plutôt un incident, et ce, même si la situation aurait pu être catastrophique. Dans les circonstances, la divulgation à l'utilisateur n'est pas obligatoire. Toutefois, comme nous l'avons mentionné plus haut, il faudra déclarer cette situation aux personnes concernées dans l'établissement, afin d'enquêter et d'apporter les correctifs nécessaires.⁸⁶ De cette façon, des améliorations systémiques pourraient être mises en application, évitant ainsi que les incidents deviennent des accidents.

Autre élément discordant, la définition d'incident à la LSSSS vise aussi les membres « du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers ».⁸⁷ Cela apporte une certaine confusion, car d'une part, le droit de recevoir des soins et des services de santé sécuritaires s'applique à l'utilisateur seulement.⁸⁸ D'autre part, il existe déjà des dispositions législatives protégeant la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.⁸⁹ Dans ce cas, la volonté du législateur nous semble ambiguë et incohérente avec l'esprit de la LSSSS.

2.3 – Pourquoi la déclaration obligatoire

Dans l'optique d'une amélioration continue de la qualité, nous ne pouvons corriger nos façons de faire les choses et assurer la prestation sécuritaire sans documenter et

⁸⁶ Cependant, comme nous l'avons mentionné, nous sommes d'avis qu'on ne devrait pas déposer le rapport déclarant un incident au dossier de l'utilisateur. Ce processus en est un avant tout administratif et son objectif, est entre autres, de documenter les incidents (voir *supra*, page 33 à ce sujet).

⁸⁷ Art. 183.2 LSSSS.

⁸⁸ Art. 5 LSSSS.

⁸⁹ *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.Q., c. S-2.1. Cette loi a pour objectif fondamental l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

mesurer les incidents et les accidents. Comme l'affirmait un juge de la Cour de l'Alberta :

The simple reality is that if you do not look you cannot see, if you do not touch you cannot feel, and if you do not listen you cannot hear.⁹⁰

Pour les documenter et mesurer, la LSSSS prévoit la constitution d'un registre local et national des incidents et accidents. Au moment d'écrire ces lignes, seule la disposition sur la constitution du registre local est en vigueur. Le registre national sera certainement instauré lorsque les établissements auront tous mis en place leur registre local.⁹¹ Le registre local est prévu au 3^e paragraphe de l'article 183.2 (portant sur le comité de la gestion des risques) :

[...] assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le ministre aura donc comme responsabilité, lorsque la disposition sera en vigueur, de constituer le registre national tel qu'il est stipulé au paragraphe 6.2 de l'article 431 :

[...] il constitue et maintient à jour, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2, le registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux aux fins d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

⁹⁰ *Webb c. Motta*, [1998] A.J. No. 1329, J. Sullivan, para. 75.

⁹¹ R.-C. Baptiste, « Erreurs médicales : pas de registre national sans données des établissements », *Le Soleil*, 23 août 2003, p. A7.

3. La divulgation obligatoire des accidents

La divulgation des accidents lors de la prestation de soins et de services de santé est la pierre angulaire de cette réforme. Celle-ci constitue un changement de culture dans le réseau de la santé. Le droit de l'utilisateur d'être informé des accidents fait naître l'obligation, pour l'établissement, de divulguer ces accidents à celui-ci. Ainsi, le deuxième alinéa de l'article 8 stipule ce qui suit à l'égard du droit de l'utilisateur d'être informé :

[...] Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Divulguer signifie « répandre dans le public ce qui était jusque-là ignoré ou mal connu ». ⁹² Au sens de la loi, c'est « porter à la connaissance de l'utilisateur toute l'information nécessaire relative à un accident dont il est victime [...] ». ⁹³

Concrètement, c'est l'expression de regret de ce qui s'est passé, des conséquences possibles et de ce qu'on entend faire pour éviter la récurrence d'un tel événement. ⁹⁴ L'utilisateur devra aussi être informé du soutien clinique et moral qu'il recevra pour remédier aux conséquences possibles, le cas échéant.

Ce nouvel article soulève de nombreuses questions : que signifie le terme accident? Quelles informations doit-on transmettre à l'utilisateur? À quel moment doit-on l'informer? Que veut dire « susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé »?

⁹² *Dictionnaire Larousse*, 2004.

⁹³ Centre hospitalier universitaire de Montréal, *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*, 2004, à la p. 35.

⁹⁴ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, *Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospital, following an adverse event in health care*, Commonwealth of Australia, Australian Council for Safety and Quality in Health Care, juillet 2003, à la p. 1.

Nous tenterons donc d'y apporter l'éclairage nécessaire pour comprendre les intentions du législateur.

3.1 – Définition d'accident

Il est intéressant de constater que le législateur définit explicitement le terme accident. Le quatrième alinéa de l'article 8 stipule à cet effet :

Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.⁹⁵

Les anglophones nord-américains n'utilisent pas le terme accident. Ils utilisent plutôt le terme incident qui englobe aussi les accidents.⁹⁶

L'accident est donc, contrairement à l'incident, la réalisation d'un risque. Nos barrières de protection ont en quelque sorte cédé, créant une conséquence immédiate ou future, plus ou moins importante. L'accident atteint alors directement l'utilisateur.

On entend aussi par accident un événement imprévu malheureux ou dommageable.⁹⁷ La plupart des accidents ont pour origine une erreur. L'erreur n'est pas fautive en soi, et ce, même si la doctrine et la jurisprudence utilisent quelquefois les termes erreur fautive et erreur non fautive.⁹⁸ Cependant, les accidents peuvent aussi avoir pour origine une faute professionnelle. Contrairement à l'erreur, la faute engendre la responsabilité civile si elle satisfait aux deux autres conditions, soit la présence d'un dommage et d'un lien de causalité entre la faute et le dommage. Bien que les erreurs

⁹⁵ Comme nous l'avons aussi identifié à la définition d'incident, la définition d'accident à la LSSSS pose aussi un problème d'interprétation. De fait, outre l'utilisateur, la définition d'accident inclut également le personnel, les professionnels et les tiers. Cela apporte une certaine confusion, car l'obligation de divulgation s'applique strictement aux utilisateurs. La volonté du législateur est mystérieuse à cet effet et ne nous semble pas cohérente avec la LSSSS. Voir aussi nos commentaires à la note 85.

⁹⁶ Centre hospitalier universitaire de Montréal, *supra*, note 93, à la p. 55.

⁹⁷ *Dictionnaire Larousse*, 2004.

⁹⁸ J.-L. Baudouin, P. Deslauriers, *supra*, note 43, p. 1007, n° 1458.

puissent causer d'énormes dommages, elles ne sont pas nécessairement indemnisables en soi par les tribunaux civils. À titre d'exemple, la Cour suprême du Canada dans la cause *Lapointe c. l'Hôpital Le Gardeur* a conclu à une erreur « *non fautive* » du médecin. Dans cette cause, le dommage était considérable à la suite de l'accident, soit des lésions cérébrales irréversibles. Le juge s'est exprimé, en conclusion, sur la difficulté pour les victimes d'accident thérapeutique grave d'obtenir une compensation juste, en l'absence de faute professionnelle :

Toutefois, je ne saurais terminer sans exprimer une grande sympathie à l'égard de Nancy à la suite de cet accident et de la douleur et de la souffrance imposées à ses parents depuis. Guidée seulement par la sympathie, ma tâche aurait été beaucoup plus facile. Toutefois, en tant que juge, je dois appliquer les règles de droit et justice doit être rendue à l'égard des deux parties à un litige, tant les demandeurs que les défendeurs.⁹⁹

Voyons maintenant le détail de la notion de conséquences immédiates ou futures.

3.2 – Définition du concept « *est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être* »

Une partie du libellé laisse place à l'interprétation lorsque mis en pratique. Pour mieux comprendre l'énoncé, scindons-le en deux.

a) Est à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être

Cette partie de l'énoncé ne laisse pas beaucoup de place à l'interprétation, car le professionnel de la santé peut voir un résultat inhabituel lorsque tout ne se déroule pas comme prévu. Il y a une action erronée et une réaction immédiate tangible, ayant des conséquences sur l'état de santé ou le bien-être. Les conséquences peuvent être minimales ou catastrophiques, temporaires ou permanentes.

⁹⁹ *Lapointe c. L'hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351, à la p. 380.

b) Pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être

Autrement dit, l'accident qui risque d'avoir des conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur doit aussi être divulgué. Il n'y a donc pas de réaction immédiate sur la santé ou le bien-être de l'utilisateur, mais il faut évaluer s'il y aura des conséquences futures sur celui-ci. De plus, à plusieurs occasions, on ne s'aperçoit pas immédiatement qu'il y a eu un accident (par exemple, l'oubli de compresses ou d'instruments à la suite d'une intervention chirurgicale), car les réactions se développent plus tard et c'est à ce moment qu'on constate que tout ne s'est pas déroulé comme prévu.

Par contre, lorsque nous constatons qu'il s'est produit un accident durant la prestation de soins, il devient difficile de prédire les conséquences. Ceci laisse donc place à l'interprétation, car c'est avant tout une analyse probabiliste. À quel moment doit-on considérer qu'il y a un risque réel de développer des conséquences sur son état de santé ou le bien-être? Doit-on déterminer une limite où le risque est assez grand pour qu'il y ait une divulgation? Dans plusieurs situations, la probabilité n'est pas connue et devra être évaluée au cas par cas, selon l'expérience et les connaissances scientifiques du praticien. Cette évaluation sera habituellement subjective. Faut-il alarmer les usagers sur un risque difficilement identifiable.

Par ailleurs, on peut se demander si le risque inhérent est un accident au sens de la LSSSS. Dans l'affirmative, la manifestation d'un risque inhérent devrait aussi faire l'objet d'une déclaration et d'une divulgation.

Le risque inhérent, lorsqu'il se réalise, n'a pas pour origine l'erreur ou la faute professionnelle. Au contraire, nous n'avons habituellement presque aucun contrôle sur sa réalisation. C'est un risque qui existe en soi, selon la nature de l'intervention médicale, même lorsque les soins sont dispensés avec le plus haut standard de qualité. On le considère donc comme un accident inévitable. Par ailleurs, certains

risques inhérents doivent être dévoilés avant la prestation de soins selon des règles définies.

Il est souvent difficile de faire la distinction entre l'accident inévitable et l'accident évitable. Seule une enquête permettra de déterminer si l'accident était évitable ou non. Par exemple, prenons le cas des infections nosocomiales, souvent associées aux risques inhérents d'une intervention chirurgicale notamment. Il est reconnu qu'environ le tiers de ces infections peuvent être évitées et les autres sont difficilement évitables.¹⁰⁰ Étant donné que la LSSSS ne fait pas de distinction entre l'accident évitable et l'accident inévitable, alors tous les risques inhérents doivent aussi faire l'objet d'une déclaration et d'une divulgation lorsqu'ils se réalisent. Par contre, dans les faits, les risques inhérents ne sont pas considérés comme des accidents, mais plutôt comme des complications. Alors, ils ne sont pas d'emblée déclarés. Nous croyons que les complications sont des accidents, car une complication prouve que tout ne s'est pas déroulé comme prévu. Alors, les complications doivent faire l'objet d'une déclaration et, surtout, d'une divulgation.

Ainsi, seuls les accidents ayant des conséquences, mineures ou importantes, temporaires ou permanentes, doivent faire l'objet d'une divulgation à l'utilisateur. Si la présence de conséquences est incertaine ou pourrait éventuellement provoquer une malheureuse réaction, alors il faut évaluer le risque de réalisation. Un risque élevé qu'il y ait des conséquences devra faire l'objet d'une divulgation et d'un suivi rigoureux, afin de prendre les mesures nécessaires pour pallier aux conséquences rapidement, le cas échéant. Un assez faible risque qu'il y ait des conséquences n'engendre pas immédiatement la divulgation. Cependant, un suivi rigoureux devra être assuré pour réévaluer le risque, le cas échéant, et prendre les mesures adéquates au cas où des conséquences se présenteraient.

¹⁰⁰ Québec, Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Direction des communications, MSSS, juin 2005, aux pp. 9 et 15.

Voici quelques exemples d'événements dont la divulgation est obligatoire :¹⁰¹

- Une situation qui a causé un tort temporaire à l'utilisateur et qui a nécessité qu'un traitement ou qu'une intervention soit prescrite.
- Une situation qui a causé un tort temporaire à l'utilisateur et qui est la cause d'une hospitalisation ou de la prolongation de l'hospitalisation de cet utilisateur.
- Une situation qui a causé un tort permanent ou qui a mis la vie ou l'intégrité physique de l'utilisateur en danger.
- Une situation qui a causé le décès de l'utilisateur.

Dans ces circonstances, lorsqu'un accident se réalise et demande une intervention immédiate pour renverser ou contrôler les effets de l'accident, la divulgation est nécessaire. Il peut s'agir aussi d'un problème dont les effets sont permanents ou qui demande un suivi à long terme, d'où la nécessité pour l'utilisateur d'obtenir l'information nécessaire.

Un des objectifs du législateur est de faire participer l'utilisateur aux décisions qui le concernent. De plus, il faut obtenir le consentement du patient pour la prestation des soins et des services afin de renverser ou de contrôler les effets de l'accident.

En fin de compte, la notion de conséquences immédiates ou futures est large en soi. Il ne faut pas oublier que l'utilisateur est au centre de nos préoccupations. L'utilisateur est maître de sa destinée. Il lui revient donc de prendre les meilleures décisions dans son intérêt. Pour ce faire, il doit détenir l'information nécessaire afin de prendre une décision libre et éclairée.

Alors, supposons que nous sommes en présence d'un accident ayant des conséquences immédiates ou futures pour la santé ou le bien-être du patient. Il faut donc informer l'utilisateur ou son représentant, du malheureux événement. À quel moment doit-on l'informer?

¹⁰¹ Association des hôpitaux du Québec, *Aide mémoire : pour l'élaboration des politiques et procédures sur la divulgation*, Colloque sur la sécurité des patients, Montréal, mai 2003, à la p. 3.

3.3 – Le plus tôt possible

« Le plus tôt possible » signifie dès la constatation d'un accident. Dans l'éventualité où il faut intervenir immédiatement pour dispenser d'autres soins et services dans le but de renverser ou contrôler les effets de l'accident, l'usager doit être rencontré assez rapidement pour obtenir son consentement à ces nouveaux soins et services. Dans d'autres cas, les intervenants devront prendre le temps nécessaire, le plus court possible, pour approfondir la problématique et préparer adéquatement la rencontre avec l'usager et le soutien à lui offrir.

Dans les faits, « le plus tôt possible » signifie sans tarder, afin d'enquêter et préparer la rencontre avec l'usager. Ainsi, la divulgation doit se faire lorsque la situation du patient est stable ou qu'il est hors de danger et, surtout, en mesure de comprendre les informations. Si l'usager est ou devient inapte, son représentant doit en être informé.¹⁰² La plupart du temps, la divulgation devra se faire dans les minutes suivant l'accident, par exemple après la constatation de l'administration d'un mauvais médicament. D'autres rencontres avec l'usager victime d'accident pourront s'ajouter pour donner plus d'explications à la suite de l'enquête interne.

Il n'y a pas d'exception à la LSSSS permettant de ne pas informer l'usager lorsqu'un accident est survenu lors de la prestation de soins de santé. Cependant, pour le bien du patient, le médecin pourrait utiliser ce qui est appelé le privilège thérapeutique. En vertu de ce privilège, le médecin pourrait momentanément, selon certaines limites, ne pas divulguer à l'usager l'accident qu'il vient de subir. Habituellement, ce « privilège » s'exerce au moment de renseigner les usagers pour obtenir un consentement préalable à une intervention médicale, particulièrement chirurgicale, principalement pour éviter une anxiété accrue qui pourrait compromettre l'intervention ou le traitement.¹⁰³ Le médecin ou un autre professionnel pourrait justifier ainsi l'absence temporaire de divulgation.

¹⁰² Voir plus loin, à la p. 44.

¹⁰³ P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *supra*, note 37, p. 156, n° 201.

Comme condition essentielle, son utilisation est recevable seulement si cette décision est prise dans l'intérêt supérieur de l'utilisateur.¹⁰⁴ À partir des critères déjà reconnus pour utiliser le privilège thérapeutique lors de l'obtention d'un consentement, le caractère d'urgence et les effets prévisibles de la révélation sur l'utilisateur pourraient justifier momentanément l'absence de divulgation des accidents.¹⁰⁵ Enfin, le professionnel qui utilise ce privilège a le fardeau de démontrer que son silence était raisonnable dans les circonstances.

En résumé, il faut informer l'utilisateur, sans tarder, qu'il a subi un accident. L'utilisateur est le premier concerné par son état de santé et son bien-être. Le législateur ne veut surtout pas que les professionnels de la santé et les établissements négligent le support à leurs patients victimes d'un accident. Il opte plutôt pour une communication proactive de la part de ceux-ci envers leurs patients.

3.4 – Qui fait la divulgation?

La loi ne prévoit pas explicitement qui doit faire la divulgation. Elle stipule laconiquement que le conseil d'administration doit déterminer, par règlement, les règles relatives à la divulgation.¹⁰⁶

Le Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux propose dans son guide sur la gestion des risques que « généralement, la responsabilité de faire la divulgation revient au médecin traitant »¹⁰⁷, et ce, même s'il n'est pas à l'origine de l'accident. La raison évoquée est que « le médecin est la personne qui peut le mieux répondre aux questions de l'utilisateur quant aux conséquences »¹⁰⁸ de l'accident. Il est même suggéré que la divulgation se fasse à deux personnes, soit par le médecin et le chef du service.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 156, n° 201.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 156, n° 201.

¹⁰⁶ Art. 235.1 LSSSS.

¹⁰⁷ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux*, Publications de l'AHQ, mai 2005, annexe B page B.11.

¹⁰⁸ *Ibid.*

Enfin, on y mentionne aussi que l'intervenant impliqué dans l'accident ne soit pas présent lors de la divulgation.

Même si nous ne sommes pas en désaccord avec ces recommandations, nous croyons que le médecin n'a pas à participer à la divulgation dans tous les cas. Il devrait participer seulement lorsque c'est un acte médical qui est la cause de l'accident ou lorsque les conséquences sont plus graves, et ce, pour la même raison évoquée plus haut. De fait, il est davantage en mesure de donner plus d'explications à l'utilisateur sur les conséquences cliniques. Bien entendu, nous sommes d'avis aussi que le médecin pourrait devoir participer à la divulgation ou répondre aux questions de l'utilisateur dans d'autres circonstances, selon les besoins de l'utilisateur. C'est d'ailleurs lui qui est responsable de la coordination des soins et services de l'utilisateur.

Ainsi, nous croyons que la divulgation devrait se faire en fonction de la nature de l'acte qui a causé l'accident ou de la gravité des conséquences. Lorsque c'est un acte médical qui occasionne l'accident, alors le médecin devrait faire la divulgation. S'il s'agit d'un acte infirmier ou d'un autre professionnel, le professionnel devrait lui-même faire la divulgation. À notre avis, il faut éviter, autant que possible, qu'un tiers effectue la divulgation. La relation de confiance est établie entre l'utilisateur et son professionnel, alors il revient au professionnel impliqué dans l'accident de le divulguer et d'assurer le suivi. Par la suite, le professionnel devra permettre à l'utilisateur de consulter un autre professionnel selon son état clinique ou à sa demande.

Étant donné que la plupart des accidents ont peu de conséquences, la divulgation s'effectue aisément par les intervenants impliqués dans l'accident. Par contre, lorsque les conséquences sont plus graves, nous croyons que le médecin devrait toujours participer à la divulgation, peu importe la nature de l'acte.

Prenons quelques exemples concrets d'accidents qui illustrent notre argumentation. Une infirmière qui administre la mauvaise médication à un utilisateur, car elle n'a pas vérifié l'identité de l'utilisateur, devrait l'informer elle-même de l'accident. Un

chirurgien qui installe le mauvais stimulateur cardiaque devra lui aussi en informer l'utilisateur.

Il peut aussi s'agir de l'intervenant qui constate l'accident qui devra en informer l'utilisateur. Par exemple, une infirmière du quart de soir qui constate que le soluté installé par l'infirmière du quart de jour n'est pas le bon, devra en informer l'utilisateur, même si ce n'est pas elle qui a généré directement l'accident. Certes, elle ne pourra pas expliquer ce qui s'est déroulé, mais elle doit donner l'information minimale en attendant que le chef de service enquête sur l'événement. Par la suite, une divulgation complète pourra s'effectuer dans les jours qui suivent, selon les circonstances. L'infirmière ne peut cacher l'accident prétextant qu'elle n'a pas toute l'information pour faire la divulgation. L'utilisateur a le droit de savoir.

Dans d'autres situations, l'accident pourrait être provoqué par une chaîne d'événements. Alors, la divulgation pourrait se faire par plusieurs intervenants. Par exemple, le personnel infirmier se trompe de requête opératoire lors d'une intervention chirurgicale d'une cataracte et le chirurgien oublie de vérifier l'identité de l'utilisateur. Il en résulte que cet utilisateur reçoit une lentille prescrite à un autre utilisateur. Alors, la divulgation pourrait se faire par l'ophtalmologiste et le chef du bloc opératoire, car l'accident a été occasionné par des professionnels différents.

Le chef de service devra souvent participer à la divulgation, car c'est lui qui fera l'enquête des causes. De fait, l'information à l'utilisateur ne se limite pas seulement à l'annonce de l'accident. Il faut aussi l'informer des mesures prises pour contrer les effets et pour éviter la récurrence de ce type d'accident. Le médecin traitant devra participer à la détermination des mesures qui devront être prises pour renverser les effets indésirables.

Dans l'éventualité où le médecin ou un autre professionnel ne peut, ou ne devrait pas participer à la rencontre de divulgation, parce qu'il se trouve en conflit d'intérêts ou est incapable de le faire pour diverses raisons (par exemple, il est en état de choc

après l'événement), le directeur général devra déterminer la personne la plus qualifiée pour cette tâche. Le directeur des services professionnels serait sans aucun doute la personne désignée dans les circonstances. Les chefs de départements cliniques, sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, pourraient devoir participer à la divulgation notamment à cause de leur responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans leur département respectif.¹⁰⁹ D'autres intervenants pourraient aussi être interpellés, notamment le directeur des soins infirmiers et le responsable de la gestion des risques.

Bref, le règlement adopté par le conseil d'administration de l'établissement doit prévoir explicitement, entre autres, qui devra effectuer la divulgation, selon les circonstances. En pratique, les règlements ne sont pas très précis en la matière. En général, ils ne font que répéter les articles de loi. C'est plutôt les politiques et procédures adoptées par la direction qui sont plus explicites. Malgré tout, les établissements ne peuvent tout prévoir, mais ils doivent s'assurer, en bout de piste, que la divulgation se fait par les personnes les plus susceptibles de répondre aux questions de l'utilisateur ou de ses proches.

3.5 – Informer qui?

La première personne concernée est l'utilisateur. L'article 10 de la LSSSS indique que « tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être ». Celui-ci peut être accompagné, au moment de recevoir l'information sur l'accident, s'il le désire tel, qu'il est stipulé à l'article 11 de la LSSSS :

Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Si l'utilisateur ne peut consentir aux soins et, par conséquent, ne peut recevoir l'information après un accident, la divulgation se fera à la personne qui le

¹⁰⁹ Art. 190 LSSSS.

représente, selon les circonstances. Les articles 9 et subséquents de la LSSSS et les articles 10 et subséquents du *Code civil du Québec*¹¹⁰ donnent un éclairage sur les personnes qui doivent recevoir l'information après un accident et qui peuvent consentir à la place de l'usager inapte ou mineur. Le tableau suivant donne un aperçu des différentes situations.

	Usager n'est pas représenté	Usager est représenté
Usager majeur Apte	Usager (<i>peut être assisté et accompagné par une personne de son choix</i>)	Sans objet
Usager majeur Inapte	<ul style="list-style-type: none"> • Conjoint (marié, union de fait ou en union civile) • Proche parent • Personne qui démontre pour le majeur inapte un intérêt particulier 	<ul style="list-style-type: none"> • Curateur (privé) • Tuteur à la personne (privé) • Mandataire à la personne (homologué) • Curateur public ou son délégué
Usager mineur < 14 ans	Titulaire de l'autorité parentale (parents ou tuteur au mineur)	
Usager mineur ≥ 14 ans Apte	<ul style="list-style-type: none"> • Usager (<i>peut être assisté ou accompagné par la personne de son choix</i>) • Titulaire de l'autorité parentale doit être informé si nécessité de rester >12 heures à l'établissement 	Sans objet
Usager mineur ≥ 14 ans inapte	Titulaire de l'autorité parentale (parents ou tuteur au mineur)	

S'il y a décès après un accident, la divulgation devra se faire au conjoint, aux ascendants ou descendants directs, tel qu'il est énoncé au deuxième alinéa de l'article 23 de la LSSSS.

3.6 – Informer l'usager de quoi?

Comme nous l'avons déjà mentionné, la divulgation trouve sa source dans le droit de l'usager de recevoir l'information sur tout accident survenu lors de la prestation de soins de santé. Malheureusement, la perception de la population à l'égard de la

¹¹⁰ L.Q., 1991, c. 64.

responsabilité professionnelle, lorsque se produit un accident, décourage la divulgation :

Patient safety hindered through the liability system and the threat of malpractice, wich discourages the disclosure of errors. The discoverability of data under legal proceedings encourages silence about errors committed or observed.¹¹¹

Plusieurs désagréments entraînent une communication déficiente lorsqu'il survient un accident. Ainsi, « en divulguant des incidents, les médecins ont souvent l'impression de s'incriminer et de participer à une relation où les obligations sont toujours d'un côté et les droits de l'autre ».¹¹² L'appréhension d'être poursuivi ou de faire face au processus disciplinaire, et la mauvaise image de l'organisation ou des professionnels visés, sont d'autres facteurs qui contribuent au silence.

Dans ces circonstances, la divulgation n'est pas nécessairement une chose facile en soi. La divulgation ne fait pas partie de la formation académique des professionnels, mais elle devrait sans doute en faire partie. Ainsi, on doit informer le patient, dans un langage clair et accessible, sur les éléments suivants :¹¹³

- La nature et les circonstances de l'événement, si elles sont connues.
- La sévérité de l'événement.
- Les conséquences présentes et futures.
- Discuter des soins qui seront nécessaires plus tard, le cas échéant.
- Révéler à l'utilisateur qu'il y aura ou qu'il y a eu enquête.
- Révéler à l'utilisateur les mesures prises pour contrer de telles conséquences ou prévenir la récurrence d'un tel accident (obligation par la loi).

L'information doit porter essentiellement sur les faits et les conséquences préjudiciables potentielles. Les faits doivent être

¹¹¹ Institute of Medicine, *supra*, note 8, à la p. 43.

¹¹² M. Marchand, « Les droits et les obligations des patients vus du Québec et par le biais de l'éthique professionnelle », (2004) 13 *Revue générale de droit médical* 107, à la p. 110.

¹¹³ Association des hôpitaux du Québec, *supra*, note 101, à la p. 5.

présentées de façon objective, il est important d'éviter de blâmer ou de donner des opinions personnelles quant à la faute ou la responsabilité d'autres membres du personnel.¹¹⁴

Malgré les craintes des professionnels de la santé et des établissements à l'égard de la divulgation, l'information transmise à l'utilisateur doit porter uniquement sur ce qui n'a pas fonctionné dans les processus et non venir déterminer s'il y a une faute professionnelle. De plus, comme nous le verrons un peu plus loin, les renseignements donnés à l'utilisateur dans le cadre des activités de la gestion des risques, incluant la divulgation, ne peuvent servir comme une reconnaissance de responsabilité.

3.7 – La procédure de la divulgation et les mesures de soutien

Le conseil d'administration doit prévoir par règlement les règles de divulgation, ainsi qu'identifier les mesures de soutien pour l'utilisateur victime d'un accident. L'article 235.1 stipule à cet effet :

Le conseil d'administration d'un établissement doit, par règlement, prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès d'un usager, aux personnes visées au premier alinéa de l'article 23, de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident.

Il doit également, de la même manière, prévoir des mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de cet usager, de ce représentant et de ces personnes ainsi que des mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Il est très important de noter que l'établissement doit prévoir des mesures de soutien à l'utilisateur victime d'un accident ou à son représentant. Entre autres, le médecin traitant ou, selon le cas, la personne qui divulgue, doit être facilement jointe afin de répondre aux interrogations du patient ou de son représentant et faire un suivi de sa situation. De plus, les services d'un aumônier (agent de pastorale), d'un psychologue ou d'une travailleuse sociale peuvent être requis pour permettre au

¹¹⁴ *Ibid.*, à la p. 5.

patient ou à son représentant de les consulter. Les services psychosociaux ne sont pas négligeables dans le soutien de graves accidents. Par exemple, des services psychologiques à l'extérieur de l'établissement peuvent être offerts par un établissement après un accident grave. On peut offrir à la victime un laissez-passer de stationnement gratuit de l'établissement si l'usager doit revenir souvent à l'établissement pour un suivi à la suite d'un accident. L'objectif est de minimiser les conséquences et inconvénients découlant d'un accident, et ce, même s'il y a absence de faute de la part de l'établissement et des professionnels de la santé. Dans une telle épreuve, l'usager ou son représentant requiert possiblement de nouveaux soins de santé ou des services sociaux. N'est-ce pas la mission des établissements?

4. Le comité de la gestion des risques

Comment assurer la mise en place de toutes les mesures que nous venons d'analyser et assurer la prestation sécuritaire des soins de santé? La première mesure s'avère être la nomination par les établissements d'un responsable de la gestion des risques. L'autre mesure réside en la mise en place d'un comité de gestion des risques. Nous reproduisons un extrait des notes explicatives du projet de loi n° 113 (2002)¹¹⁵ :

[...] Ce projet de loi prévoit également l'obligation pour tout établissement de mettre en place un comité de gestion des risques, lequel aura pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et des services sociaux.

Lors de l'adoption des modifications législatives en 2002, le comité devait s'assurer de la sécurité et de la qualité des soins et services. Le nom initial du comité était Comité de gestion des risques et de la qualité. Le législateur voulait ainsi une démarche d'intégration des activités reliées à la qualité et de la gestion des risques.

¹¹⁵ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, supra, note 16.*

Le comité devait donc avoir une vision globale de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Or, l'adoption récente du projet de loi n° 83 (L.Q. 2005, c. 32) est venue recadrer le rôle du comité. De fait, le législateur a enlevé le mot « qualité » au nom du comité. On comprend alors que ce comité se consacre maintenant uniquement à la gestion des risques.

Pour assurer l'amélioration de la qualité des soins et services, le législateur a prévu que le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité qui relève de lui.¹¹⁶ Ce nouveau comité est composé du directeur général, du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et de trois membres du conseil d'administration provenant des membres élus ou cooptés (population) dont un membre du conseil d'administration nommé par le comité des usagers. Le comité de vigilance s'assure notamment que le conseil d'administration s'acquitte de son rôle à l'égard de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services rendus. Son principal rôle est de s'assurer du suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le législateur aurait dû prévoir que le responsable de la gestion des risques soit aussi membre du comité de vigilance, car une vision globale de la qualité ne doit pas se limiter au traitement des plaintes.

4.1 – Composition du comité de gestion des risques

Les deuxième et troisième paragraphes de l'article 183.1 de la LSSSS précisent la composition du comité :

[...] Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

¹¹⁶ Art. 181.0.1 et suivants LSSSS.

La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité. (nous soulignons)

D'entrée de jeu, nous croyons que le législateur a été audacieux en faisant participer directement les usagers au sein du comité. Comme nous le verrons dans la prochaine section, les membres du comité auront accès aux rapports internes portant sur les accidents et les incidents. Alors, comment envisager la participation des usagers lors des discussions portant sur des aspects cliniques? Ils seront certainement davantage sollicités lors de l'évaluation des besoins pour soutenir les victimes d'accidents. Ne sont-ils pas aussi les premiers concernés par les accidents?

Par ailleurs, que signifie la notion de représentativité équilibrée? Le législateur n'a pas apporté de précision à cet égard. Alors, voyons ce que nous dit le dictionnaire à ce sujet¹¹⁷ :

Représentativité : Qualité de quelqu'un, d'un parti, d'un regroupement ou d'un syndicat dont l'audience dans la population fait qu'il peut s'exprimer valablement en son nom.

Équilibrée (équilibre) : Juste combinaison de forces, d'éléments; répartition harmonieuse.

Ces définitions nous indiquent, d'une part, qu'il faut prévoir la nomination de personnes qui peuvent parler au nom d'un groupe et, d'autre part, assurer un équilibre ou une répartition harmonieuse des groupes représentés. Contrairement à la définition du dictionnaire, nous croyons que les membres du comité ne doivent pas parler au nom d'un groupe, mais plutôt représenter une expertise quelconque, sans égard à la représentativité professionnelle. L'objectif est d'assurer la présence de personnes qualifiées qui permettra au comité de s'acquitter de ses responsabilités.

¹¹⁷ *Dictionnaire Larousse*, 2004.

En coulisse, les gestionnaires des établissements se demandent concrètement s'il doit y avoir autant d'usagers qu'il y a de membres du personnel et de médecins. Nous ne le croyons pas. À notre avis, l'établissement doit recruter des professionnels et des employés qui peuvent apporter une contribution directe aux travaux du comité. Par exemple, le responsable de la prévention des infections, le gestionnaire de l'entretien préventif des appareils biomédicaux, un médecin, un pharmacien, le gestionnaire de l'entretien sanitaire, un intervenant psychosocial, le responsable de la recherche clinique, un intervenant en réadaptation pour le volet soins à domicile, un intervenant pour le volet d'hébergement de longue durée et autres intervenants selon la ou les missions de l'établissement. Alors, de combien d'usagers est composé le comité? Une des difficultés réside surtout dans le recrutement des usagers intéressés à participer aux travaux du comité. Nous estimons qu'un seul usager n'est sans doute pas suffisant. Au minimum, le comité devrait compter au moins deux usagers pour assurer une plus grande transparence. Le comité peut aussi inviter d'autres intervenants pour apporter notamment une expertise supplémentaire.

4.2 – Fonctions du comité

Le nouvel article 183.2 de la LSSSS précise les fonctions du comité de gestion des risques :

Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1^o identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;¹¹⁸

2^o s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;

¹¹⁸ Il faut noter que le législateur a ajouté la responsabilité à l'égard des infections nosocomiales dernièrement, soit lors de l'adoption du projet de loi n° 83 (L.Q. 2005, c. 32) le 30 novembre 2005.

3^o assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Ainsi, à partir du cadre réglementaire, le comité est en quelque sorte le vérificateur interne de l'application des mesures de la gestion des risques. À ce titre, il assure la mise en place du registre local et du soutien apporté aux victimes d'accident ainsi qu'à leurs proches. Ensuite, le comité peut identifier et analyser les risques d'incident et d'accident et faire toute recommandation au conseil d'administration afin d'assurer la prestation sécuritaire des soins et services. Au quotidien, c'est le responsable de la gestion des risques qui assure l'application du cadre réglementaire et qui entreprend ou s'assure que les analyses des causes souches¹¹⁹ soient entreprises.

La création d'un tel comité permet à un groupe multidisciplinaire, incluant les usagers, de discuter ouvertement des problématiques et de trouver les améliorations souhaitables. Toutefois, comme nous le mentionnons plus haut, la crainte, notamment, des poursuites, demeure toujours présente.¹²⁰ Cette crainte se traduit souvent par le silence des intervenants et l'adage « tout ce que vous direz pourra être retenu contre vous » prend tout son sens. Cependant, dans le but de permettre cet échange et, par conséquent, d'améliorer les façons de faire les choses, le législateur a prévu des dispositions afin d'assurer l'immunité et la confidentialité des dossiers du comité.

¹¹⁹ C'est une démarche qui consiste à rechercher les causes premières et les facteurs de contexte qui ont favorisé l'erreur et pourraient être modifiés afin de réduire la probabilité d'une défaillance à l'avenir et de protéger les patients des conséquences fâcheuses lorsqu'une défaillance se produit. Définition tirée de Centre hospitalier universitaire de Montréal, *supra*, note 93, à la p. 66.

¹²⁰ J. Klra *et al.*, « La divulgation des erreurs médicales : une impasse? », (2005) 2:2 Perspectives du Collège royal 5.

4.3 – Immunité dans le cadre des activités de gestion des risques

Dans l'exercice de leurs fonctions, le responsable de la gestion des risques et le comité détiennent une exemption pour éviter que leurs activités et réponses fassent l'objet de démarches judiciaires. L'article 183.3 de la LSSSS stipule à cet effet :

Les réponses faites par une personne, dans le cadre des activités de gestion des risques, et notamment tout renseignement ou document fourni de bonne foi par elle en réponse à une demande d'un gestionnaire de risques et de la qualité ou d'un comité de gestion des risques ne peuvent être utilisées ni ne sont recevables à titre de preuve contre cette personne ou contre toute autre personne devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

Malgré toute disposition contraire, un gestionnaire de risques ou un membre d'un comité de gestion des risques ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de faire une déposition portant sur un renseignement confidentiel qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions, ni produire un document contenant un tel renseignement, si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

Aucun élément de contenu du dossier de gestion des risques, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.

Cette disposition permet donc aux membres du comité de discuter ouvertement des événements et de poser à tout intervenant des questions relativement aux événements. Ainsi, les réponses fournies peuvent uniquement être utilisées aux fins d'assurer la prestation sécuritaire des soins et services. Il ne faut pas oublier que l'analyse consiste à évaluer les processus et non à établir la responsabilité (faute — coupable).

L'immunité assure donc une certaine protection. Or, une autre disposition garantit la confidentialité des dossiers envers les activités de la gestion des risques.

4.4 – Confidentialité des dossiers de gestion des risques

Cette protection supplémentaire donne l'assurance que les discussions, parfois litigieuses, ne pourront être dévoilées au grand jour. Cette même disposition existe pour protéger les dossiers et procès-verbaux du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), et ce, pour les mêmes raisons (article 218 LSSSS). En effet, les travaux et discussions du CMDP et de ses comités portent notamment sur l'amélioration de la qualité de l'acte médical. Alors, pour en discuter ouvertement, le législateur assure la confidentialité des dossiers. En ce qui a trait aux activités de gestion des risques, l'article 183.4 de la LSSSS énonce ce qui suit :

Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques.

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

Nous pouvons comprendre que les représentants des ordres professionnels, dans l'exercice de leur fonction, puissent prendre connaissance de ces documents. De fait, leur principale fonction est d'assurer la protection du public. Il est plus difficile de comprendre la volonté du législateur en donnant ce même privilège aux représentants d'organismes d'accréditation. Ils n'assurent pas de fonctions légales de protection du public. Il faut donc en déduire que cette disposition permet aux organismes de vérifier si les établissements effectuent réellement les activités reliées à la gestion des risques, et non pour des fins d'enquête. D'autres questions sont aussi soulevées. Par exemple, est-ce qu'un coroner ou le Protecteur du citoyen (traitement des plaintes), dans le cadre de leurs fonctions, peuvent consulter les

dossiers et procès-verbaux du comité de gestion des risques? On pourrait croire que non, mais la question demeure, pour l'instant, controversée.

B) Un changement de culture des établissements

Pour plusieurs établissements, la gestion des risques était déjà une pratique courante, du moins au cours des années 1980 et au début des années 1990. Dans l'objectif d'atteindre le déficit zéro, le gouvernement a réduit les crédits de l'ensemble de l'appareil gouvernemental, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les établissements ont dû faire face à ces réductions budgétaires de grande ampleur, ce qui a nécessité entre autres des coupures de postes et les départs massifs à la retraite. Ainsi, comme le remarque madame Michelle Dionne du Regroupement des assurances du réseau de la santé, la gestion des risques a été morcelée au sein des organisations.

Au début des années 1990, il y avait quatre-vingt gestionnaires de risques dans les centres hospitaliers. Ces personnes combinaient souvent des fonctions de coordination pour les programmes d'amélioration de la qualité et de gestion des risques. Cette fonction a presque complètement disparu du paysage hospitalier à l'occasion des grandes compressions budgétaires de ces années-là. Les responsabilités de ces gestionnaires de risques ont été morcelées, ajoutées aux descriptions de tâches déjà bien garnies des gestionnaires restés en place et saupoudrées à travers l'organisation.¹²¹

Avec l'adoption des dispositions législatives sur la prestation sécuritaire des soins, il ne serait pas surprenant que la plupart des établissements puissent reprendre, là où ils avaient abandonné, leurs bonnes pratiques à l'égard de la gestion des risques. Cependant, à l'heure actuelle, on peut douter à court terme de l'efficacité de l'exercice, et ce, pour deux raisons, soit le manque de soutien à l'implantation des mécanismes de la gestion des risques ainsi que la mise en œuvre d'une autre grande réforme du domaine de la santé, qui accapare beaucoup de ressources. Ces derniers

¹²¹ M. Dionne, « Les établissements de santé : un défi pour la gestion des risques », dans *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé*, Barreau du Québec, Service de la formation permanente, 2002, p. 1, à la p. 9.

changements portent sur la création des réseaux locaux de services et des centres de santé et de services sociaux (instances locales).¹²²

1. Une implantation non soutenue

Lorsqu'on veut amorcer un changement de culture, il faut assurer un soutien aux établissements et aux professionnels. Certes, des colloques ont été réalisés, destinés aux dirigeants et aux responsables de la gestion des risques, pour expliquer les changements législatifs. Cependant, il n'existe pas d'orientations claires du ministère de la Santé et des Services sociaux sur l'organisation concrète de la gestion des risques, comme il l'a fait pour la prévention des infections, par exemple. De fait, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publiait au mois de février 2005 les lignes directrices à l'égard de la prévention et du contrôle du *Clostridium difficile*. Les lignes directrices sont très claires et les établissements doivent les respecter. Il est entre autres indiqué que les établissements doivent avoir un professionnel en prévention des infections par 100 à 133 lits de soins de courte durée, et un par 250 lits en soins de longue durée.¹²³ Ceci constitue une ligne directrice claire et assure la mise en place de moyens pour combattre à la source les infections nosocomiales. La plupart des établissements ont mis en place une telle structure.

En ce qui a trait à la gestion des risques, le rapport ministériel fait une recommandation d'allouer une somme qui représente environ 0,2% du budget d'opération annuel pour chaque établissement, soit près de 25 millions de dollars

¹²² *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, L.R.Q. c. A-8.1. Cette a été abrogée le 1^{er} janvier 2006 par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2005, c. 32, art. 340 et 341 (Projet de loi 83). Par contre, il s'agit d'un réaménagement législatif afin de soutenir le nouveau mode d'organisation mis en fonction avec la création des Agences, qui demeurent en place.

¹²³ Québec, Institut national de santé publique, *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au clostridium difficile au Québec : lignes directrices pour les établissements de soins*, 3^e éd., Institut national de santé publique du Québec, février 2005, à la p. 29.

pour l'ensemble du réseau.¹²⁴ Cette somme doit donc servir à l'embauche de gestionnaires de risque, à la mise en place du comité de la gestion des risques et aux activités opérationnelles de la gestion des risques : analyse des causes d'accidents et des incidents, formation des intervenants, mise en place du registre local, etc. Cette recommandation n'a pas fait l'objet d'une décision de la part du MSSS.

Dans les mois qui ont suivi l'adoption du projet de loi no. 113, il s'est opéré un certain changement, mais il semble n'avoir pas été assez soutenu. De fait, voyons les résultats d'un sondage réalisé en 2004 par le Ministère auprès des établissements, soit environ 18 mois après l'adoption des mesures législatives.¹²⁵ Les données suivantes étaient mesurées :

1. Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité.
2. Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager.
3. Nombre d'établissements qui déclarent les incidents.
4. Nombre d'établissements qui déclarent les accidents.
5. Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents et accidents.

Malheureusement, le Ministère n'a pas mesuré le nombre de responsables de la gestion des risques et le nombre d'heures consacrées à cette responsabilité. De plus, aucune question ne porte sur la représentation des usagers au sein des comités de la gestion des risques. Analysons donc les résultats.

Seulement neuf Agences de développement des réseaux locaux (maintenant appelé Agence de santé et de services sociaux) sur seize ont complété le questionnaire, pour un total de 174 établissements. En ce qui a trait à la région de Montréal, 94 établissements sur 131 ont complété le questionnaire. Ainsi, nous avons les résultats

¹²⁴ Rapport Francoeur, *supra*, note 7, à la p. 41.

¹²⁵ Le tableau des résultats est présenté à l'annexe 2.

de 305 établissements. À ce moment, il existait 463 établissements avant les fusions d'établissements.¹²⁶

Plus de 70% des établissements affirment déclarer les accidents comparativement à 58% qui déclarent les incidents. Étrangement, 66% des établissements attestent avoir mis en place un registre local des incidents et accidents. Ainsi, certains établissements déclarent les accidents ou les incidents, mais ne les compileraient pas.

Le comité de gestion des risques est un élément important de cette réforme afin de soutenir le responsable de la gestion des risques et le conseil d'administration. Seulement 64% des établissements en ont mis en place. Aussi, fait étonnant, seulement 36% des établissements ont adopté un règlement sur la divulgation des accidents. Existe-t-il encore de la résistance au sein des établissements et des professionnels de la santé pour ne pas adopter un tel règlement? La divulgation des accidents est un droit reconnu aux usagers par la LSSSS.¹²⁷

Un an et demi après la réalisation du sondage, nous ne connaissons pas la situation actuelle sur ces questions. On peut envisager un meilleur bilan, mais ce n'est pas certain. De fait, le législateur adoptait au mois de décembre 2003, le projet de loi no 25, ayant comme conséquence de nombreuses fusions d'établissements au travers le Québec.¹²⁸ Ainsi, 95 centres de santé et de services sociaux ont été créés aux alentours du mois de juillet 2004.

Dès cet instant, les établissements fusionnés, représentant près des trois quarts des anciens établissements, amorçaient péniblement un mariage de raison dans la plupart des cas. Ceci ne constitue pas une critique négative de cette autre réforme dans le réseau de la santé, car elle est sans doute bénéfique pour la population. Cependant,

¹²⁶ Ministère de la Santé et des services sociaux, tel que disponible sur le site Internet le 3 mai 2005 : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/ress_institutionnelles.html

¹²⁷ Art. 8, al. 2 LSSSS.

¹²⁸ *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, *supra*, note 122.

amorcer une telle tâche nécessite beaucoup d'efforts et de temps, s'éloignant ainsi des autres priorités, par exemple le soutien à la gestion des risques.

Par conséquent, les anciens établissements n'ayant peu ou pas adopté les pratiques prescrites par la LSSSS à l'égard de la prestation sécuritaire des soins de santé auront une difficulté supplémentaire pour les mettre en place à court terme. Néanmoins, les regroupements d'établissements permettront d'accroître l'expertise disponible.

Nous constatons actuellement la volonté d'assurer une réelle mise en place des activités de gestion des risques. De fait, le Groupe vigilance pour la prestation sécuritaire des soins et service a été mandaté par le Ministère pour développer un programme de formation sur le rôle des comités de gestion des risques. Ainsi, plus de soixante personnes ont reçu cet enseignement au cours du printemps 2006. Les comités de gestion des risques de l'ensemble des établissements seront rencontrés d'ici la fin de l'année 2006. Un autre programme de formation destiné aux gestionnaires de risque serait aussi sur la planche à dessin.

2. La déclaration « volontaire » des accidents et incidents

La déclaration des incidents et accidents est à la base des activités de gestion des risques. En fait, il s'agit de documenter les problèmes auxquels le réseau de la santé est confronté lors de la prestation de soins de santé, afin de trouver des solutions pour éviter, d'une part, que les incidents deviennent des accidents et, d'autre part, pour réduire les accidents évitables.

Comme nous l'avons vu, tous les intervenants ont l'obligation de déclarer les incidents et les accidents au directeur général ou à la personne qu'il désigne à cet effet.¹²⁹ Le défaut, pour un intervenant, de déclarer un incident ou un accident qu'il

¹²⁹ Art. 233.1 LSSSS.

constate, représente-t-il une infraction à la LSSSS ? L'article 532 de la LSSS indique ce qui suit :

Quiconque omet ou refuse de fournir les renseignements, rapports ou autres documents dont la communication est exigée en application de la présente loi, commet une infraction.

Alors, nous pourrions croire que le défaut de déclarer est considéré comme une infraction à la LSSSS. Or, il n'en est rien. De fait, le projet de loi no 113 (2002) a prévu une exception à cette disposition et l'a intégrée à la LSSSS au deuxième alinéa de l'article 532. Cette disposition se lit comme suit :

Les dispositions du premier alinéa ne s'appliquent pas à une personne visée à l'article 233.1 [médecins, autres professionnels, stagiaires, employé, etc.] lorsque celle-ci fait défaut de faire la déclaration qui y est prévue.

L'obligation de divulgation prévue à l'article 233.1 de la LSSSS est donc volontaire dans le sens où le défaut de s'y conformer n'est pas sanctionné par la loi. Malgré cela, les établissements peuvent prendre les mesures administratives ou disciplinaires envers les personnes qui font défaut de déclarer les incidents et les accidents dans le cadre des règlements et politiques adoptés par ceux-ci. De fait, les personnes oeuvrant pour un employeur doivent respecter les règlements, politiques et procédures. Sinon, ces personnes peuvent s'exposer à des mesures administratives ou disciplinaires. Cela demeure dans le cadre des relations entre employés et employeur.

En ce qui a trait aux médecins qui font défaut de déclarer, le directeur général ou le directeur des services professionnels pourrait déposer une plainte en vertu des articles 44 et 45 de la LSSSS. Cette plainte serait donc déposée au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, qui ensuite la transférerait, sans délai, au médecin examinateur. Ce dernier, après examen sommaire, devra sans doute réorienter la plainte vers le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et

pharmaciens pour une étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cet effet.

Malgré l'existence de mesures disciplinaires auxquelles peuvent recourir les établissements pour assujettir les intervenants à la déclaration des incidents et accidents, il faut constater que l'objectif réel des modifications est l'amélioration de la prestation des soins de santé. Il faut donc passer d'une culture de culpabilisation, où la recherche d'un coupable risque d'entraîner le silence des intervenants, à une culture de prévention qui mettra en place des mécanismes d'amélioration. Dans cet objectif, les sanctions disciplinaires sont à proscrire, sauf dans quelques exceptions. Une grave négligence, ou des gestes pour camoufler l'incident ou l'accident, sont des exemples où des mesures disciplinaires pourraient être nécessaires.

Dans le même ordre d'idée, est-ce que le défaut de divulguer un accident à l'utilisateur, ou à son représentant, est considéré comme une infraction à la LSSSS ? Celle-ci ne prévoit aucune sanction pénale à cet effet.

Dans les faits, la déclaration des incidents et accidents relève de l'obligation des intervenants qui les constatent. Les établissements doivent cependant mettre en place un registre local des incidents et des accidents. La divulgation des accidents est la responsabilité des établissements qui doivent déterminer par règlement la procédure de divulgation et des mesures de soutien à l'utilisateur. Il aurait été difficilement envisageable pour le législateur de prévoir des sanctions pénales envers les établissements qui n'informent pas les usagers ou leurs représentants qu'un accident est survenu. De fait, il ne peut y avoir de divulgation s'il n'y a pas de prime abord une déclaration par l'intervenant qui constate l'accident.

En résumé, nous faisons face à deux obligations qui n'en sont pas vraiment, car elles ne sont pas condamnables par la LSSSS. Cependant, comme nous l'avons analysé, au premier chapitre, le défaut de divulguer un accident peut engager la responsabilité

civile des établissements et des intervenants ainsi que des sanctions disciplinaires par les ordres professionnels.

Comme nous venons de le mentionner, l'objectif n'est pas de culpabiliser les gestes qui occasionnent des incidents ou des accidents, mais plutôt de prévenir leur récurrence. Ainsi, les organisations et les professionnels de la santé ayant une culture de la gestion des risques n'auront pas trop de difficulté à se prêter à ces obligations.

3. Des enquêtes sans de réels moyens : des exemples d'autres industries

Le législateur accorde aussi une attention particulière à l'analyse des causes des incidents et accidents. De fait, le comité de la gestion des risques doit « assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution de registre local des incidents et accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents [...] » (nous soulignons).¹³⁰ Il n'indique pas comment doit se faire l'analyse et qui doit mener les enquêtes, mais on comprend que ce n'est pas le rôle du comité de les effectuer. Ce dernier doit uniquement s'assurer que de telles analyses soient une pratique de l'établissement.

Étant donné que la gestion des risques n'était pas une pratique courante dans tous les établissements, surtout en situation budgétaire précaire, les établissements devront dorénavant se doter d'un réel programme de gestion des risques.¹³¹

À l'heure actuelle, le MSSS n'a pas fourni aux établissements des lignes directrices claires sur la mise en application des activités de la gestion des risques. Or, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux¹³², par la

¹³⁰ Art. 183.2 LSSSS.

¹³¹ Rapport Francoeur, *supra*, note 7, à la p. 47.

¹³² Cette nouvelle association (AQESSS), créée au mois d'avril 2005, est née du regroupement entre l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec.

direction du Regroupement des assurances, vient de publier la mise à jour du manuel de gestion des risques.¹³³ Ce guide permettra sans doute d'uniformiser les pratiques au sein des établissements du Québec.

Malgré que la gestion des risques soit une pratique, plus ou moins courante selon la période, depuis la fin des années 1980, il est étonnant d'avoir attendu aussi longtemps pour prendre de telles mesures pour assurer la sécurité des soins et services prodigués aux usagers. Le phénomène des accidents évitables était en quelque sorte tabou et le seul fait d'en faire mention apportait un sentiment de crainte sur la qualité des soins et services offerts.

Auparavant, la gestion des risques était principalement associée à la réduction des indemnisations versées. Aujourd'hui, elle est plutôt perçue comme un outil de prévention et d'amélioration continue de la qualité, assurant ainsi une prestation sécuritaire des soins et services. Ce nouveau paradigme se compare nettement à d'autres secteurs d'activités. De fait, la gestion des risques existe dans de nombreux domaines. Prenons l'exemple spécifique de la santé et sécurité au travail. Plusieurs analogies peuvent être tirées avec la gestion des risques dans les établissements de santé et de services sociaux, d'autant plus que la santé et sécurité au travail est une pratique courante dans ces établissements.

Tout comme les usagers, les travailleurs ont le droit fondamental à la sécurité et à l'intégrité de leur personne.¹³⁴ La plupart des employeurs, selon le nombre d'employés, doivent mettre sur pied un comité paritaire composé d'employés et de représentants de l'employeur à part égale. Parmi les responsabilités dévolues au comité, notons celles de faire le choix des moyens de protection individuelle et collective, la participation à l'identification et l'évaluation des risques, l'enquête suite à un accident et à la présentation des recommandations à l'employeur, la tenue

¹³³ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *supra*, note 107.

¹³⁴ J. Dionne-Proulx, *Santé et sécurité du travail : orientation et pratiques*, 3^e éd., Trois-Rivières, SMG, 1999, à la p. 37.

des registres des accidents de travail et des maladies professionnelles, etc.¹³⁵ Ces responsabilités ressemblent aux fonctions du comité de gestion des risques.

Des conseillers ou gestionnaires gèrent les programmes en santé et sécurité au travail. Ils assurent notamment le bon fonctionnement de la structure fonctionnelle. Ils enquêtent habituellement pour connaître les causes des accidents et proposer des solutions, avec le comité paritaire, pour éviter la récurrence des accidents. Le rôle du responsable de la gestion des risques « cliniques » se compare facilement. Il est étonnant de constater que des gestionnaires exclusifs en santé et sécurité au travail existent depuis le début des années 1990 et que nous n'avons pas accordé la même attention envers la sécurité et l'intégrité des usagers. Les incitatifs financiers en santé et sécurité au travail ont forcé les organisations à mettre en place ces mesures. Jusqu'à aujourd'hui, ces mesures incitatives étaient peu documentées à l'égard des accidents évitables. Or, il est permis de croire que les données actuelles sur les économies potentielles seront le catalyseur pour inciter les établissements à mettre en place des activités de gestion des risques. Par exemple, le rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales estimait, à partir des données de 2000-2001 et selon un scénario réaliste, que le coût des infections nosocomiales est d'environ 180 millions de dollars.¹³⁶

Aussi, le secteur des transports adopte depuis de nombreuses années des mesures de gestion des risques. Le Bureau de la sécurité des transports du Canada a été créé notamment pour promouvoir la sécurité des transports au Canada. Cet organisme indépendant de l'État fait des enquêtes lorsqu'il survient des accidents dans les domaines de la marine, des pipelines, du rail et de l'aviation.¹³⁷ Le principal objectif des enquêtes est de « réduire les risques auxquels sont exposés les personnes, les biens ou l'environnement ». ¹³⁸ À la suite d'un accident d'avion, le Bureau de la sécurité des transports fait une enquête minutieuse, et ce, même s'il n'y a pas de

¹³⁵ *Ibid.*, à la p. 42.

¹³⁶ Rapport Francoeur, *supra*, note 7, à la p. 25.

¹³⁷ Informations tirées du site Internet du Bureau de la sécurité du transport tel que disponibles le 3 mai 2005 : <http://www.tsb.gc.ca/>

¹³⁸ *Ibid.*

décès. Ne devrait-on pas mettre en place de tels mécanismes envers la prestation de soins prodigués aux usagers, assurant ainsi leur sécurité?

Nous pourrions ainsi continuer à présenter plusieurs autres exemples d'autres industries, mais revenons plus spécifiquement au secteur de la santé. Depuis le milieu des années 1990, de nombreux autres pays ont développé des modèles de gestion des risques, notamment la France, l'Angleterre, l'Australie et les États-Unis, pour ne nommer que les principaux. Le modèle conçu au Québec repose donc sur ces différents exemples.

Par exemple, la France a notamment adopté la *Loi de sécurité sanitaire* en 1998 et la *Loi relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé* en 2002.¹³⁹ Cette dernière loi est très importante, car elle aborde trois thèmes. Le premier est relatif aux droits et responsabilités des malades et des professionnels de santé, le deuxième, à l'amélioration de la qualité du système, le troisième propose une démarche de réparation des risques sanitaires.¹⁴⁰ Dans ce dernier cas, le mécanisme existe pour permettre l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs. Plusieurs dispositions ont pour objectif d'améliorer la sécurité sanitaire et d'assurer la transparence, notamment par le droit des malades d'être informés sur tout ce qui les concerne. Même s'il existe quelques différences, les pays cités plus haut ont adopté des mécanismes semblables, sauf pour l'indemnisation sans égard à la faute. Ce thème n'a pas la même signification ou la même portée pour ces pays. À ce jour, le Québec n'a pas encore pris position à cet effet.

Nous pouvons donc constater, par ces différents exemples, que nous n'accordons pas encore toute l'attention nécessaire à la gestion des risques, assurant ainsi une prestation sécuritaire des soins et services.

¹³⁹ France, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mars 2004, à la p. 5.

¹⁴⁰ *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, J.O., n° 54, page 4118; D. Thouvenin, « Les droits des malades ne peuvent être transformés en obligations », (2004) 13 *Revue générale de droit médical* 79, à la p. 92.

C) Un changement de culture dans les milieux professionnels

Nous avons vu au premier chapitre que les ordres professionnels, principalement les médecins et les infirmières, accordent une importance à la transparence de leurs membres envers les usagers. Ainsi, dans la foulée des modifications législatives sur la prestation sécuritaire des soins de santé, certains ordres professionnels ont modifié volontairement leur code de déontologie pour obliger leurs membres à informer leurs patients lorsque survient un accident thérapeutique. D'ailleurs, le rapport ministériel recommandait de modifier notamment le *Code des professions*¹⁴¹ pour obliger les ordres professionnels à inclure deux mesures dans leurs codes de déontologie respectifs, soit d'assurer la déclaration des erreurs commises et de ne pas dissimuler ces erreurs.¹⁴² Le *Code des professions* n'a pas cependant été modifié, mais cela n'a pas empêché certains ordres professionnels de protéger davantage le public en ajoutant l'obligation de divulguer les accidents aux patients.¹⁴³

1- La déontologie médicale

Voyons maintenant, la nouvelle disposition qui porte sur la divulgation des accidents dans le nouveau *Code de déontologie des médecins*¹⁴⁴ adopté le 7 novembre 2002. L'article 56 stipule ce qui suit :

Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.

¹⁴¹ L.R.Q., c. C-26.

¹⁴² Rapport Francoeur, *supra*, note 7, aux pp. 45 et 54.

¹⁴³ Seuls les ordres professionnels des médecins et des infirmières et infirmiers ont modifié leur code de déontologie respectif.

¹⁴⁴ R.R.Q., c. M-9, r. 4.1.

Cet article rappelle le deuxième alinéa de l'article 8 de la LSSSS que nous avons étudié au début du deuxième chapitre, mais avec quelques distinctions.

La première distinction est notable, car les médecins doivent non seulement informer leurs patients qu'un accident est survenu, mais aussi des incidents survenus lors de la prestation de soins. Comme nous l'avons vu, en vertu de la LSSSS, un incident ne touche pas directement le patient. En réalité, on l'a échappé belle. Un médecin qui exerce sa profession dans un établissement public et constate un incident n'a pas l'obligation d'informer l'usager en vertu de la LSSSS, mais devrait l'informer en vertu de son code de déontologie. Or, ce n'est pas tout à fait le cas. De fait, la définition d'incident au sens du code de déontologie ne signifie pas la même chose que celle de la LSSSS.¹⁴⁵ Le Code de déontologie ne définit pas les termes accident et incident. Il faut donc utiliser le sens commun d'incident, soit « un événement, le plus souvent fâcheux, qui survient au cours d'une action, d'une opération, etc., et peut la perturber ».¹⁴⁶ Ainsi, le terme incident n'a pas tout à fait la même signification qui est donné à la LSSSS. Ici, le sens indique plutôt que l'incident touche directement le patient. Autrement dit, le médecin doit informer le patient lorsque le risque se réalise et atteint directement le patient. De plus, il doit divulguer toute complication susceptible d'entraîner des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique, par exemple un risque inhérent qui se concrétise.

Une autre différence qui peut porter à confusion est la notion de conséquences significatives. La présence de conséquences *per se* devrait être suffisante pour informer le patient. Que signifie concrètement le terme significatif? Veut-on dire qu'il faille la présence réelle de conséquences, aussi minimes soient-elles, ou qu'il faille la présence de conséquences importantes? En pratique, il faut éviter une interprétation restrictive de la notion de conséquences significatives. À notre avis, dès qu'il y a présence de conséquences, le patient a le droit d'en être informé. Par

¹⁴⁵ Art. 183.2 LSSSS.

¹⁴⁶ *Dictionnaire Larousse*, 2004.

exemple, une erreur de posologie d'un médicament qui occasionnerait des étourdissements est une conséquence. Alors, le patient doit en être informé.

La dernière distinction concerne les conséquences sur son état de santé ou son intégrité physique. Ici encore, la disposition restreint la divulgation à la santé et à l'intégrité physique sans aucune référence au bien-être tel qu'il est stipulé à la LSSSS.¹⁴⁷ Cette distinction peut s'expliquer notamment par le fait que le code de déontologie est restreint aux actes médicaux.

Au moment d'écrire ces lignes, le comité de discipline n'a pas eu à se prononcer sur l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*. Cependant, il est clair que le défaut d'informer le patient, tel qu'il est prévu au code de déontologie, pourra être sanctionné, selon les dispositions prévues au *Code des professions*¹⁴⁸.

2- La déontologie des infirmières et des infirmiers

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*¹⁴⁹ a aussi fait l'objet de modifications en 2002 afin d'introduire notamment l'obligation d'informer lorsque survient un incident ou accident. L'article 12 énonce ce qui suit :

L'infirmière ou l'infirmier doit dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission.

L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas tenter de dissimuler un tel incident ou accident.

Lorsqu'un tel incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé du client, l'infirmière ou l'infirmier doit prendre sans délai les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident ou accident.

¹⁴⁷ Art. 8 LSSSS.

¹⁴⁸ *Supra*, note 141, art. 156.

¹⁴⁹ R.R.Q., c. I-8, r. 4.1.

Cette disposition ne traite pas de déclaration ou de divulgation, mais plutôt de dénonciation des incidents et accidents. On entend par dénoncer « faire savoir officiellement » ou « donner avis de (un acte de procédure) à des tiers ».¹⁵⁰ C'est, en quelque sorte, un synonyme du mot déclaration.

L'infirmière doit alors dénoncer à l'autorité compétente lorsque ses actes donnent lieu à un incident ou à un accident. L'autorité compétente, dans un établissement de santé public, est définie à la LSSSS.

Le code de déontologie n'exige pas des infirmières qu'elles informent le « client » lorsqu'un accident survient. Elles doivent uniquement « dénoncer » à l'autorité compétente et s'assurer d'intervenir sans délai pour renverser les conséquences, si possible. Or, une telle intervention de l'infirmière nécessite le consentement du « client ». Ce dernier doit nécessairement obtenir toute l'information nécessaire pour consentir aux nouveaux soins, lorsque c'est possible, d'où la nécessité de « divulguer » l'accident au client, et non seulement de le dénoncer à l'autorité compétente. Étant des professionnelles autonomes, les infirmières devraient aussi informer directement leurs « clients » lorsque survient un accident.

Le comité de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a rendu dernièrement une décision à l'égard du manquement au nouvel article 12 du code de déontologie. Dans l'affaire *Fortin, ès qualité de syndic adjointe c. Marcoux*¹⁵¹, onze chefs d'accusation ont été déposés envers un infirmier dont quatre chefs d'accusation sur le défaut de dénonciation des accidents. L'infirmier a plaidé coupable à l'ensemble des chefs d'accusation et le comité de discipline s'est prononcé comme suit sur la gravité du défaut de dénoncer les accidents :

L'omission de dénoncer les erreurs commises, tel que décrit dans la plainte sous étude, constitue également un comportement totalement inacceptable, susceptible de causer du tort non seulement aux patients

¹⁵⁰ *Dictionnaire Le Robert*, 2004.

¹⁵¹ 20-2004-00311, 26 mai 2005 (T.P.).

victimes de telles erreurs ou omissions mais également aux autres intervenants, qui doivent assurer le suivi auprès de ces patients [...].¹⁵²

Ainsi, le comité de discipline a imposé de trois à six mois de radiation temporaire pour chaque chef d'accusation portant sur l'omission de dénoncer les accidents. Au total, pour ces quatre chefs d'accusation portant sur le défaut de dénoncer, quinze mois de radiation ont été imposés.

Comme nous pouvons le constater, ces nouvelles dispositions déontologiques témoignent de l'attention que portent désormais ces ordres professionnels envers la transparence de leurs membres à l'égard de la population. L'intervention du législateur à la LSSSS a certainement influencé ces ordres professionnels.

Les nouvelles dispositions des codes de déontologie assurent explicitement un devoir de divulgation des accidents pour les médecins et de la dénonciation des accidents pour les infirmières. Leurs anciennes dispositions reconnaissent, à notre avis, les mêmes obligations, mais pouvaient laisser place à une certaine interprétation. Outre les médecins et les infirmières, les autres ordres professionnels n'ont pas modifié leurs codes de déontologie respectifs. L'absence, dans les autres codes de déontologie, de référence explicite à la divulgation des accidents fait-il en sorte qu'un professionnel peut éventuellement ne pas informer son patient sans enfreindre son code de déontologie? Nous ne le croyons pas, car les dispositions générales sur la relation de confiance assurent notamment cette obligation de transparence envers leurs patients. Par contre, dans cette foulée, il serait souhaitable qu'ils apportent les modifications nécessaires pour inclure explicitement la déclaration des incidents et accidents et la divulgation des accidents tels qu'ils sont définis à la LSSSS, pour assurer une protection accrue de la population.

¹⁵² *Ibid.*, à la p. 20.

Conclusion

La médecine ne peut offrir une garantie de résultat aux patients. Malgré cela, les intervenants ne peuvent laisser un patient sans suivi et sans explication lorsque la prestation de soins et services de santé ne se déroule pas comme prévu. Au-delà des recours judiciaires, les patients victimes d'accident veulent surtout comprendre ce qui s'est passé et veulent être assurés qu'une telle situation ne se reproduise pas. Certes, certaines victimes voudront, à tort ou à raison, obtenir réparation devant les tribunaux, mais cela ne doit pas faire en sorte de justifier l'omission de divulgation.

Tant en droit civil qu'en droit professionnel, la divulgation des accidents thérapeutiques a fait l'objet de débats devant les tribunaux. Ainsi, nous avons remarqué l'importance que ces tribunaux accordent à la transparence des professionnels de la santé envers leurs patients après un accident. C'est sans équivoque que « les professionnels de la santé sont tenus d'aviser leurs patients des accidents ou événements malencontreux survenus au cours d'une intervention »¹⁵³.

Par ailleurs, le législateur a mis en place de nouvelles dispositions pour instaurer des activités de gestion des risques dans les établissements, activités qui étaient plus ou moins présentes, dans quelques établissements, avant l'adoption de ces dispositions. D'autre part, le législateur a insisté sur l'obligation de déclarer les incidents et accidents à l'autorité compétente de l'établissement et de divulguer les accidents aux patients victimes d'accident ou à leur représentant. Ces activités doivent être gérées par un responsable de la gestion des risques qui fait le lien avec le comité de la gestion des risques, ce dernier étant responsable envers le conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité de vigilance et de la qualité.

Nous avons vu aussi que l'actualisation des activités entourant la gestion des risques se fait plutôt lentement au Québec. De fait, la mise en place d'une réforme majeure

¹⁵³ R.P. Kouri et S. Philips-Nootens, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 2^e éd., Cowansville (Qc), Yvon Blais, 2005, p. 299, n° 324.

du secteur de la santé et des services sociaux, soit le regroupement (fusion) des établissements multivocationnels et la création des réseaux locaux, a ralenti le processus de mise en oeuvre. Malgré tout, l'ensemble de ses modifications est le signe que la sécurité des soins et services de santé est une priorité pour le réseau de la santé et des services sociaux.

En dépit de ce changement de culture, les victimes d'accident thérapeutique auront toujours de la difficulté à obtenir gain de cause auprès des tribunaux. Cette difficulté repose principalement à prouver la faute et le lien de causalité entre cette faute et les préjudices. De plus, les démarches judiciaires sont onéreuses et souvent très longues. Qu'il y ait présence ou non de faute professionnelle, la mise en place d'un système d'indemnisation sans égard à la faute serait-il pertinent dans les circonstances? La question n'est pas simple et dans le contexte où plusieurs accidents n'ont pas pour origine une faute professionnelle et que, à l'occasion, les dommages sont assez importants, un régime d'indemnisation sans égard à la faute prendrait certainement tout son sens.

Bibliographie

Législation

Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., c. I-8, r. 4.1.

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4.

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., c. M-9, r. 4.1.

Code des professions, L.R.Q., c. C-26.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O., n° 54, page 4118.

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2002, c. 71.

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, L.Q. 2005, c. 32.

Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.Q., c. S-2.1

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.R.Q. c. A-8.1.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.R.Q., c. S-5, r. 3.01.

Jurisprudence

Caron c. Gagnon, (1930) 68 C.S. 155.

Choquette c. Huot, [1994] D.D.C.P. 106 (C.D. Med.) (rés.).

Fortin, ès qualité de syndic adjointe c. Marcoux, 20-2004-00311, 26 mai 2005 (T.P.).

Fortin, ès qualité de syndic adjointe c. Pépin, [2001] D.D.O.P. 75 (C.D. Inf.) (rés.).

Grégoire c. Fortin, ès qualité de syndic adjointe, [2000] D.D.O.P. 293 (T.P.) (rés.).

Houde c. Roberge, [1987] R.R.A. 409 (C.S.).

Kiley-Nikkel c. Danais, [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.).

Lapointe c. L'hôpital Le Gardeur, [1992] 1 R.C.S. 351.

Suite c. Cooke, [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.).

Webb c. Motta, [1998] A.J. No. 1329.

Weswall c. Gordon, [1992] R.R.A. 815 (C.S.).

Doctrine

Ouvrages

Baudouin, J.-L. et P. Deslauriers, *La responsabilité civile*, 6^e éd., Cowansville (Qc.), Yvon Blais, 2003.

Dionne-Proulx, J., *Santé et sécurité du travail : orientation et pratiques*, 3^e éd., Trois-Rivières, SMG, 1999.

Kouri, R.P. et S. Philips-Nootens, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 2^e éd., Cowansville (Qc.), Yvon Blais, 2005.

Lesage-Jarjoura, P. et S. Philips-Nootens, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 2^e éd., Cowansville (Qc.), Yvon Blais, 2001.

Articles de périodiques et articles d'ouvrages collectifs

Baker, G.R. *et al.*, « The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », (2004) 170 C.M.A.J. 1678.

Baudouin, J.-L., « La nouvelle donne, les enjeux, les changements des contextes au Québec », (2004) 13 Revue générale de droit médical 9.

Claverranne, J.-P. et D. Vinot, « L'émergence des droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis », (2004) 13 Revue générale de droit médical 17.

Dionne, M., « Les établissements de santé : un défi pour la gestion des risques », dans *Le devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé*, Barreau du Québec, Service de la formation permanente, 2002, p. 1.

Klra, J. *et al.*, « La divulgation des erreurs médicales : une impasse? », (2005) 2:2 Perspectives du Collège royal 5.

Leape, B. *et al.*, « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Havard Medical Praticice study I », (1991) 324 New England Journal of Medicine 370.

Marchand, M., « Les droits et les obligations des patients vus du Québec et par le biais de l'éthique professionnelle », (2004) 13 Revue générale de droit médical 107.

Thouvenin, D., « Les droits des malades ne peuvent être transformés en obligations », (2004) 13 Revue générale de droit médical 79.

Tôth, F., « L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois », dans The Canadian Institute, *Responsabilité médicale et hospitalière : aspects éthiques et juridiques*, Toronto, Canadian Institute, 1990, Section III.

Wilson, R. *et al.*, « The quality in Australian health care study », (1995) 163 Medical Journal of Australia 458.

Articles de journaux

Baptiste, R.-C., « Erreurs médicales : pas de registre national sans données des établissements », *Le Soleil*, 23 août 2003, p. A7.

Otis-Dionne, G., « Instrument mal stérilisé – Deux hôpitaux montréalais pourraient rappeler des centaines de patients », *Le Devoir*, 13 avril 2004, p. A2.

Documents gouvernementaux

Australian Council for Safety and Quality in Health Care, *Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospital, following an adverse event in health care*, Commonwealth of Australia, Australian Council for Safety and Quality in Health Care, juillet 2003.

France, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mars 2004.

OMS, *Qualité des soins : sécurité des patients*, rapport du Secrétariat, A55/13, point 13.9 de l'ordre du jour, 23 mars 2002.

OMS, *Qualité des soins : sécurité des patients*, résolution de l'Assemblée mondiale de la santé, WHA55.18, 18 mai 2002.

Québec, Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Direction des communications, MSSS, juin 2005.

Québec, Conseil de la santé et du bien-être, *Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois de services de santé et de services sociaux*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2004.

Québec, Institut national de santé publique, *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au clostridium difficile au Québec : lignes directrices pour les établissements de soins*, 3^e éd., Institut national de santé publique du Québec, février 2005.

Québec, *Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé : la gestion des risques, une priorité pour le réseau*, Rapport du comité ministériel présidé par Jean Francoeur, février 2001.

Autres documents

Association des hôpitaux du Québec, *Aide mémoire : pour l'élaboration des politiques et procédures sur la divulgation*, Colloque sur la sécurité des patients, Montréal, mai 2003.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux*, Publications de l'AHQ, mai 2005.

Blais, R., *Incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, septembre 2004.

Centre hospitalier universitaire de Montréal, *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*, 2004.

Dictionnaire Larousse, 2004.

Institute of Medicine, *To err is human: building a safer health system*, Committee on quality of health care in America, Washington (D.C.), National Academy Press, 1999.

Sites Internet

Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Journal de débats, 36e législature, 2e session, 3 décembre 2002, vers 15h30, en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fra/Publications/debats/journal/cas/021203.htm> (date d'accès: 19 juin 2006).

Bureau de la sécurité du transport: <http://www.tsb.gc.ca/> (date d'accès : 19 juin 2006).

Ministère de la Santé et des services sociaux : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/ress_institutionnelles.html (date d'accès: 3 mai 2005).

Office québécoise de la langue française (Grand dictionnaire de la langue française) : <http://www.granddictionnaire.com> (date d'accès : 19 juin 2006).

Radio-Canada, «Clostridium difficile : une étude sonne l'alarme », 4 août 2004, en ligne : <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Index/nouvelles/200408/04/011-bacterie-difficile.shtml> (date d'accès: 19 juin 2006).

Radio-Canada, *Découverte*, diffusé au mois d'octobre 2004 : http://www.radio-canada.ca/actualite/v2/decouverte/niveau2_930.shtml (date d'accès: 19 juin 2006).

Radio-Canada, « Le Collège des médecins enquête sur l'hôpital Sacré-Cœur », 25 février 2000, en ligne : <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/42/42146.htm> (date d'accès: 19 juin 2006)

Santé Canada: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/patient_securit/cpsi-icsp/index_f.html (date d'accès: 19 juin 2006).

RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT

N° 037822

Ce rapport doit être rempli selon les politiques
et procédures en vigueur dans l'établissement

Nom de l'établissement _____

Usager ☐ Visiteur ☐ Autre : _____ ☐

Sexe : ☐ M ☐ F Curatelle : ☐ oui ☐ non ☐ Privée ☐ Publique ☐

Année _____ Mois _____ Jour _____

Date _____ Heure _____

Endroit de l'incident : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Carte postale : _____ (Médicament : _____) Sexe : ☐ M ☐ F

N° d'assurance maladie : _____ Nom du médecin traitant : _____

1- ENDROIT

SALLES :

Accueil ☐ Escaliers ☐ à manger ☐ de réveil ☐

Ascenseurs ☐ Laboratoires ☐ collective ☐ de thérapie ☐

Chambre ☐ Local/sport ☐ d'isolement ☐ d'examen ☐

Corridor ☐ Stationnement ☐ d'opération ☐

Cour ☐ Terrain ☐ de bain/toilette ☐ de cours /atelier ☐

Préciser (unité, département, etc...) _____

Autre endroit : _____ ☐

2- OBJET

A- Services cliniques/soins	B- Médication
Complications <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/>	Heure d'administration <input type="checkbox"/>
Consentement <input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/>	Identification de l'usager <input type="checkbox"/>
Refus de traitement <input type="checkbox"/>	Médicament <input type="checkbox"/>
Décompte (compresses, instruments) <input type="checkbox"/> Report/retard <input type="checkbox"/>	Posologie <input type="checkbox"/>
Autre : _____ <input type="checkbox"/>	Voie d'administration <input type="checkbox"/>
	Autre : _____ <input type="checkbox"/>

C- Chute

Chaise ☐ Lit ☐ Civière ☐ En circulant ☐ Trouvé par terre ☐

Autre : _____ ☐

D- Équipement/matériel

Choc électrique ☐ Fonctionnement ☐ Disponibilité ☐ Stérilité ☐

Autre : _____ ☐

Identification et n° d'inventaire, le cas échéant

E- Divers

Agression ☐ Incendie ☐

Automutilation ☐ Inondation ☐

Bris de matériels/objets pers. ☐ Tentative de suicide ☐

Départ de matériel/objets pers. ☐ Autre : _____ ☐

F- Description des faits

Pas d'analyse, ni jugement, ni accusation

3- SITUATION PRÉALABLE

A- État de la personne	B- Capacité de déplacement
Normal <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/>	Autonomie totale <input type="checkbox"/>
Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Comateux <input type="checkbox"/>	Autonomie partielle <input type="checkbox"/>
Agité <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Dépendance totale <input type="checkbox"/>
Agressif/violent <input type="checkbox"/>	
Autre : _____ <input type="checkbox"/>	

C- Surveillance requise	D- Considérations cliniques
Usuelle <input type="checkbox"/>	Médication (prémédication, etc...) <input type="checkbox"/>
Étroite <input type="checkbox"/>	Préciser _____
Continue <input type="checkbox"/>	Altérations physiologiques (drainage, trachéo) <input type="checkbox"/>
	Préciser _____
	Autre : _____ <input type="checkbox"/>

E- Environnement

Plancher/rampe, etc... ☐

Contention, type : _____

Autre : _____ ☐

F- Lit

Position élevée ☐ Position baissée ☐

Freins enclenchés ☐ Freins non-enclenchés ☐

Rideaux levés : gauche ☐ droite ☐

4- MESURES PRISES

A- Description brève des gestes posés

B- Personnes avisées

Nom	Titre	Heure	Visite faite
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

5- DIAGNOSTIC CONSÉCUTIF (versé au dossier par le médecin)

6- TÉMOINS IDENTIFIÉS

oui ☐ non ☐

7- PLAINTÉ PRÉVISIBLE

oui ☐ non ☐

8- SIGNATAIRE DU RAPPORT

Signature	Titre	Direction
_____	_____	_____

Poste tél. _____ Date du rapport _____

Année _____ Mois _____ Jour _____

AH 220-2 (rév. 99-10)

RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT

DOSSIER DE L'USAGER

RÉSULTATS ATTEINTS – 2003-2004

ORIENTATION 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET ASSURER UNE ORGANISATION OPTIMALE DES RESSOURCES.

Qualité des services

Objectif additionnel : Assurer le suivi de la mise en œuvre du projet de loi n° 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

Agence	01 Bas St-Laurent	04 Mauricie- Centre du Québec	05 Estrie	07 Outaouais	08 Abitibi- Témiscamingue	13 Laval	14 Lanaudière	15 Laurentides	16 Montréal	Total établis- sements 9 régions	Pourcentage 9 régions	06 - Montréal	
												Étab.	%
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité.	4	13	13	15	8	8	6	12	33	112	64,4 %	60	63,8
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager.	4	12	5	4	9	9	4	4	11	62	35,6 %	32	34
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents.	5	9	12	8	9	8	7	11	31	100	57,5 %	60	63,8
Nombre d'établissements qui déclarent les accidents.	4	14	12	15	10	8	9	15	38	125	71,8 %	65	69,1
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents.	6	15	9	10	8	7	11	12	36	114	65,5 %	62	66
Nombre d'établissements par région	11	22	16	18	13	11	15	17	51	174	100 %	94*	67,6

Commentaires

Neuf régions sur 16 ont transmis les questionnaires complétés pour un total de 174 établissements.

*Pour la région de Montréal, 94 établissements sur 139 ont transmis la grille.

Incluant Montréal, un total de 268 établissements ont complété le formulaire « Grille de suivi, mise en application du projet de loi 113 (2002, chapitre 71) pour une prestation sécuritaire de service